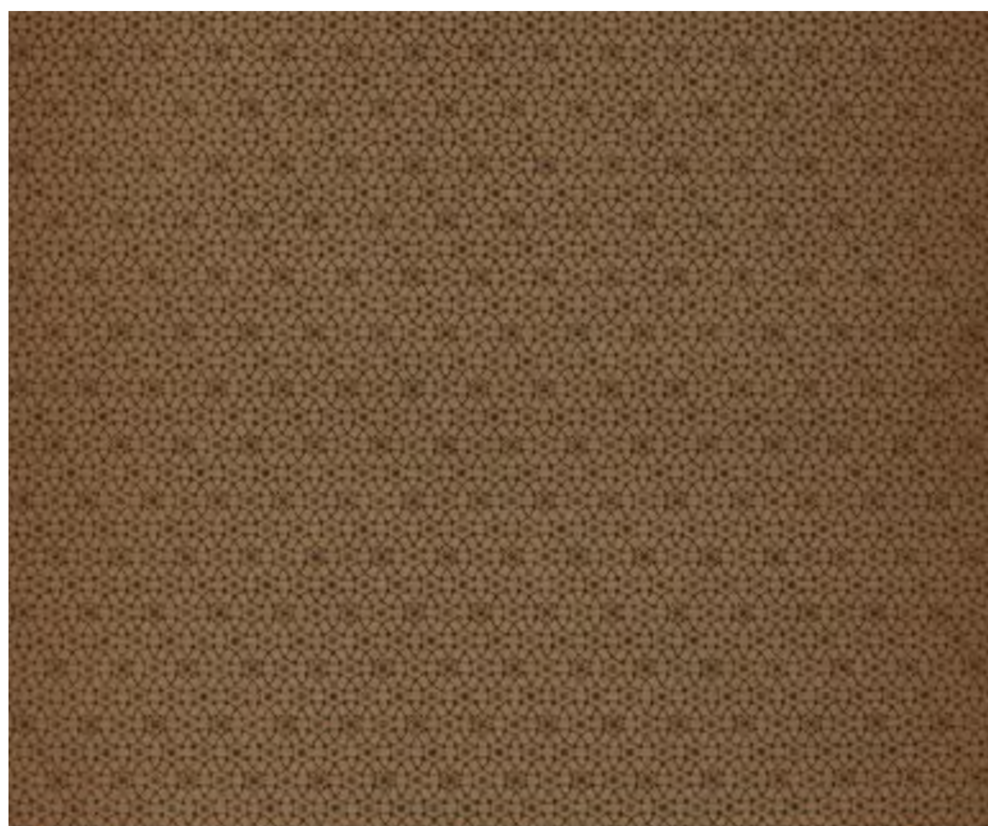




GUIA

DEL

MÉDICO PRÁCTICO.

TOMO CUARTO.

GUÍA
DEL
MÉDICO PRÁCTICO,
RESUMEN GENERAL
DE
PATOLOGÍA INTERNA
Y DE
TERAPÉUTICA APLICADAS
POR

F. L. I. VALLEIX,
MÉDICO DEL HOSPITAL DE LA PIEDAD,
miembro de la Sociedad médica de observación y de la Sociedad anatómica de París, de la Sociedad médica de los Hospitales, etc., etc., etc.

QUINTA EDICION,
REVISADA, AUMENTADA Y QUE CONTIENE LA EXPOSICIÓN DE LOS TRABAJOS MÁS RECIENTES
POR EL DOCTOR

P. LORAIN,
profesor agregado á la Facultad de Medicina y médico del Hospital de San Antonio.

CON EL CONCURSO DE MÉDICOS CIVILES, DEL EJÉRCITO Y MARINA
3.ª EDICIÓN ESPAÑOLA TRADUCIDA POR LOS DOCTORES

D. J. MONTERO RÍOS,
Catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid,
D. R. CASAS DE BATISTA, Profesor Clínico de la misma y D. MAXIMINO TEIJEIRO,
Catedrático de la Facultad de Medicina de Santiago.

TOMO CUARTO.

Enfermedades de las vias digestivas.—Estómago é intestinos.—Enfermedades de los anexos de las vías digestivas.—Peritoneo, hígado, bazo, pancreas.—Enfermedades de las vías genito-urinarias.

CON FIGURAS INTERCALADAS EN EL TEXTO.

MADRID.—1890
CASA EDITORIAL É IMPRENTA DE FELIPE GONZÁLEZ ROJAS,
Calle de San Rafael, núm. 9, (Barrio de Pozas).
TELÉFONO NÚM. 3118

GUIA
DEL
MÉDICO PRÁCTICO.

LIBRO SÉTIMO.

ENFERMEDADES DE LAS VIAS DIGESTIVAS.

(Continuacion.)

CAPÍTULO V.

Enfermedades del estómago y de los intestinos.

Aun existe el error comun de creer que el estómago y los intestinos están con frecuencia afectados *simultáneamente* de enfermedades primitivas, error que ha propagado la *escuela fisiológica*, insistiendo como lo ha hecho sobre la frecuencia y gravedad de la gastro-enteritis; pero la observacion se ha encargado de rectificarle, y en el dia conocemos suficientemente los hechos para poder combatirle. Al principio de muchas enfermedades agudas se observan simples desórdenes funcionales, que se han tomado por lesiones orgánicas, y sin tratar de comprobar ideas concebidas antes, se ha establecido una teoría, que presentada de un modo seductor, ha subyugado los espíritus. Así es como se ha visto y se ha hecho ver á los demás una gastro-enteritis en la fiebre tifoidea, en ciertas fiebres intermitentes y en la mayor parte de las enfermedades agudas con movimiento febril intenso. Pero la autopsia que ha demostrado la integridad del estómago y muchas tambien la de los intestinos; el estudio atento de los síntomas, que en los casos en que se han manifestado lesiones inflamatorias ha demostrado que eran solo secundarias, y el exámen de

los demás órganos, que ha dado á conocer el verdadero orígen de las enfermedades, no ha tardado en disipar estas ilusiones. Así, pues, en el estado de nuestros conocimientos no debemos admitir como enfermedades que ocupan á la vez el estómago y los intestinos, sino algunas *gastro-enteritis* raras, la *gastro-enteralgia*, el *cólera morbo esporádico* y el *cólera morbo epidémico*, afecciones de que nos ocuparemos en este capítulo.

ARTÍCULO PRIMERO.

GASTRO-ENTERITIS.

La gastro-enteritis, como he dicho anteriormente, ha desempeñado un papel muy importante hace algunos años, al paso que en la actualidad hay médicos que hasta niegan su existencia. Su poca frecuencia, su estado de simplicidad, motiva hasta cierto punto este modo de ver. Sin embargo, reuniendo las observaciones de gastritis destinadas para servir de base á uno de los artículos precedentes, he encontrado dos casos en los que presentándose los síntomas de inflamacion al mismo tiempo en el estómago y en los intestinos, no han dejado duda acerca de la existencia de esta afeccion, de la cual tambien se pueden ver en los autores algunos ejemplos parecidos. No es menos cierto que tambien son defectuosas las descripciones que nos han dejado los autores, porque se refieren á enfermedades que no están limitadas al estómago ó á los intestinos, ó que solo atacan á estos órganos secundariamente.

1.° GASTRO-ENTERITIS AGUDA.

En el dia no se considera ya á la fiebre tifoidea como una gastro-enteritis aguda; hasta el mismo Roche (1) ha abandonado esta opinion, pues un médico tan juicioso no podia menos de ceder á las numerosas pruebas que en estos últimos años ha suministrado una observacion atenta (2); pero en la época en que escribió Broussais, se puede decir que dominó la patología y la terapéutica, y como pudiera haber algunos médicos que no estuvieran todavía bastante desengañados, conviene manifestar que nadie sostiene ya esta opinion, ni aun sus mismos propagadores. Sin embargo, se está lejos de hallarse de acuerdo acerca de los límites que se deben asignar á la gastro-

(1) Roche, Sanson, Lenoir, *Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale*, 4.ª edicion, París, 1844, t. I, pág. 489.
(2) Louis, *Recherches sur la maladie connue sous le nom de gastro-entérite, etc.* París, 1829, 2 vol. en 8.°

enteritis. Siendo Roche, á quien acabo de citar, el que recientemente ha estendido el dominio de esta afeccion, vamos á ver lo que entiende por la palabra *gastro-enteritis*.

Segun este autor, es preciso distinguir tres formas principales de esta enfermedad: 1.° la *gastro-enteritis simple;* 2.° la *gastro-enteritis gelatiniforme*, y 3.° la *gastro-enteritis seudo-membranosa*, formas que cada una se subdivide en aguda y crónica.

Me parece que al presente se debe desechar la segunda; pues aunque se ha hablado algunas veces del reblandecimiento intestinal que coincide con el del estómago, lo cierto es que las descripciones se refieren solo á este último, que es el único cuya existencia es un hecho adquirido para la ciencia, con las restricciones que he creido debia hacer en su descripcion (1). Sucede además que ciertos autores citados por Roche no reconocen el reblandecimiento intestinal, puesto que en su modo de ver esta lesion es debida únicamente á la accion del jugo gástrico sobre el estómago, y no habria, pues, un interés real en admitir y describir semejante forma de la gastro-enteritis.

En cuanto á la seudo-membranosa, solo se halla caracterizada, segun el mismo Roche, por la expulsion de falsas membranas por las cámaras, y apenas son perceptibles los síntomas gástricos. Por consiguiente, no se puede dar á esta enfermedad el nombre de *gastro-enteritis*, y será mejor hablar de ella al tratar de las enfermedades de los intestinos.

Por lo tanto, no hay en nuestra opinion otra gastro-enteritis que la inflamacion simple y simultánea del estómago y del intestino; pero ya volvemos á tocar las opiniones de la escuela fisiológica, de las cuales es necesario decir dos palabras, y para lo cual tomo por base la obra de Roche, que es la mas moderna. Segun este autor, hay seis formas ó especies de gastro-enteritis simple aguda; la primera no es mas que la enfermedad conocida con los nombres de *fiebre inflamatoria*, *sínoca* ó *efímera;* la segunda se refiere á la *fiebre* llamada *gástrica*, *mesentérica*, *biliosa*, etc.: la tercera corresponde á la *fiebre lenta nerviosa*, *mucosa*, *adeno-meningea;* la cuarta es solo el *cólera esporádico;* en la quinta hace entrar Roche una afeccion que se designaba en otro tiempo con los nombres de *embarazo intestinal simple* y de *embarazo intestinal bilioso;* y por último, en la sexta encontramos la enfermedad designada con los nombres de *fiebre maligna*, *nerviosa*, *cerebral* ó *atáxica*.

Basta echar una ojeada sobre esta nomenclatura para ver que tratando de poner aparte la fiebre tifoidea, Roche y los médicos que adoptan su opinion, se han visto retenidos por su antiguo modo de ver, y no han podido menos en su descripcion de la gastro-enteritis, de dejar un lugar á las diversas formas de la afeccion tifoidea. Esta es una cuestion importante que merece nos detengamos en ella.

(1) Véase RAMOLLISSEMENT GÉLATINEUX DE L'ESTOMAC.

Sin duda existen cierto número de fiebres cuya naturaleza es difícil de apreciar: tal es en particular la fiebre efímera que hay con frecuencia ocasion de observar en los hospitales, la cual se anuncia á veces con síntomas tan alarmantes, y que es tan difícil de localizar en el estómago y en los intestinos como en cualquiera otra parte. Esta *fiebre efímera*, *pasmo*, etc., merece llamar la atencion del médico y describirla; pero no se ve qué razon haya para hacer de ella una gastro-enteritis. Los ligeros desórdenes digestivos que hay en semejante caso, son simplemente efecto de la fiebre, y no se debe ver en ellos el orígen de todos los demás síntomas. En cuanto á la segunda forma, *fiebre biliosa* ó *meningo-gástrica*, es evidente en la actualidad que se han descrito con este nombre unas veces simples embarazos gástricos, y otras verdaderas fiebres tifoideas leves. En semejante caso la inapetencia y algunos vómitos al principio, no prueban seguramente mejor la inflamacion del estómago que otros trastornos digestivos mas graves en otras enfermedades, como por ejemplo, en la pulmonía incipiente.

La tercera forma es «para muchos médicos contemporáneos, dice Roche (1), una fiebre tifoidea ligera, lo que es evidentemente un error.»

Es absolutamente imposible aceptar semejante opinion, que carece de todo fundamento, cuando tenemos observaciones exactas que demuestran hasta la evidencia que hay realmente en semejante caso una fiebre tifoidea. Efectivamente, ¿no venia la autopsia á demostrar que las lesiones anatómicas en los sugetos que han sucumbido á consecuencia de esta pretendida especie de gastro-enteritis, eran exactamente las de la fiebre tifoidea?

¿Se debe incluir entre la gastro-enteritis *el cólera exporádico*, que es, segun Roche, la cuarta forma? Hé aquí lo que no está de ningun modo demostrado.

La quinta forma sería quizás la única que se podria admitir, mas para eso es preciso reconocer que la descripcion dada por Roche es muy vaga, y no se aplica á ningun estado determinado.

En cuanto á la sexta, es una fiebre tifoidea tan caracterizada, que debe sorprender ver que este autor la conserva despues de la manifestacion que hace al principio de su artículo. Nunca se verá que una simple gastro-enteritis dé lugar á los fenómenos de la *fiebre maligna ó atáxica*.

Por último, no admito otra gastro-enteritis que la que he indicado mas arriba, y da lugar á los síntomas siguientes: como fenómenos gástricos, á la *anorexia*, *náuseas*, *vómitos biliosos* mas ó menos repetidos, *dolor epigástrico;* y como intestinales, algunos *retortijones de tripas*, *diarrea*, *dolores de vientre;* y en fin, *como síntomas generales*, una ligera *aceleracion del pulso*, algo de *calor*, y á veces *cefalalgia*.

(1) Roche, *loc., cit.*, pág. 494.

Esta breve descripcion basta para demostrar que no es la gastro-enteritis otra cosa que la reunion de los síntomas de la gastritis expuestos mas arriba, y los de la gastro-enteritis que describiré mas adelante.

Por lo demás, esta afeccion es tan *rara*, que se la observa menos que á la gastritis simple, que mas arriba digimos que era poco frecuente; y si se ha creido hallarla á menudo, es porque cayendo en un exceso opuesto al de los autores antiguos, que no hacian aprecio mas que del estado febril comun á tantas enfermedades, solo se ha querido atender á algunos trastornos funcionales del estómago y del intestino igualmente comunes á afecciones muy diferentes.

En vista de lo que precede, sería inútil insistir mas sobre esta enfermedad, y me limitaré á decir, respecto á las *causas*, que en uno de los casos cuya observacion tengo á la vista, habia *lombrices intestinales*, y en cuanto al *curso de la enfermedad* que *dura poco*, no tiene notables exacerbaciones.

Un hecho que he observado el año pasado (1) cuando apareció el cólera en París, prueba que la gastro-enteritis puede tomar un carácter particular bajo la influencia de una epidemia. Se trataba de una jóven que experimentando hacia algunos dias los síntomas de una gastro-enteritis, no hizo ningun caso. Bien pronto el enfriamiento, la cianosis, el hundimiento de los ojos, y la abundancia de las evacuaciones, dieron á la afeccion el aspecto del cólera, y sin embargo, los dolores epigástricos y la naturaleza biliosa de los vómitos hacia que conservase los caracteres de una gastro-enteritis: era, pues, como he hecho notar, una *gastro-enteritis coleriforme*.

Bien se pudiera creer que una inflamacion que ocupa tanta extension de las vias digestivas, debe tener síntomas mucho mas graves que la que afecta solo una parte menor, como por ejemplo, la gastritis; pero no tenemos hechos que prueben que suceda así, pues en las pocas observaciones que se encuentran de gastro-enteritis bien caracterizadas, estas *no han sido realmente graves*. En cuanto á las *lesiones anatómicas*, son las mismas que las de la gastritis y de la enteritis.

Si prevaleciesen todavía las opiniones que se sostenian en estos últimos años, sería necesario entrar en extensos pormeros respecto al *diagnóstico;* pero en el dia, que se han disipado los errores de esta época por la observacion, creemos que esto sería inútil. Así, me basta decir, que por una parte los vómitos biliosos, por otra la diarrea, y en fin, un ligero movimiento febril, son signos que fijan prontamente el diagnóstico cuando falta este aparato de fenómenos generales tan variados que caracterizan á la fiebre tifoidea. No obstante, si algunas circunstancias particulares hiciesen mas difícil este diagnóstico, bastarian algunos dias de observacion para aclararle, porque

(1) Valleix, *Gazette des hôpitaux*, 1849.

la persistencia de los síntomas y la aparicion de nuevos fenómenos darian muy pronto á conocer que existia una verdadera fiebre tifoidea.

No debemos detenernos mucho en el *tratamiento* de la gastro-enteritis, porque no es mas que el de la gastritis y enteritis reunidas. Así, pues, formarán su base las *bebidas emolientes*, algunas *sanguijuelas* al epigastrio, cortas cantidades de *ópio*, algunas *lavativas laudanizadas*, la *dieta* y la *quietud*. Si se sospechase que habia lombrices, no se deberia titubear en administrar algunos *purgantes* y aun los *antihelmínticos*.

2.° GASTRO-ENTERITIS CRÓNICA.

La inmensa mayoría de casos en los que se admitió la existencia de esta enfermedad, no eran otra cosa mas que *gastro-enteralgias*.

ARTÍCULO II.

GASTRO-ENTERALGIA.

Lo que acabo de decir de la gastro-enteritis se aplica perfectamente á la gastro-enteralgia, la cual se halla tambien constituida por dos afecciones reunidas, de suerte que basta conocerlas por separado para disponer el tratamiento. Sin embargo, diremos que es muy frecuente la reunion de estas dos afecciones, y que es raro que los sugetos que padecen una verdadera gastralgia no esperimenten al mismo tiempo algunos síntomas nerviosos en los intestinos, que es lo que he hecho notar, y lo que recordaré aun en el artículo *Enteralgia*. Por estas razones no insistiré mas sobre esto, y cuando el médico conozca la afeccion nerviosa del estómago y la de los intestinos, le será fácil formar un todo, de manera que resulte lo mismo que si se hubiese descrito la gastro-enteralgia.

ARTÍCULO III.

CÓLERA MORBO ESPORÁDICO.

A pesar de las numerosas descripciones que tenemos del cólera morbo esporádico, hay bastante dificultad para asignar el lugar que le corresponde en el cuadro nosológico, pues carecemos de observaciones bastante exactas de esta afeccion. Los hechos que han referido los autores se hallan generalmente expuestos de un modo muy

lacónico y carecen de los mas importantes detalles, al mismo tiempo que hay una multitud de hipótesis y de explicaciones teóricas que solo sirven para oscurecer mas la cuestion. Ya se verá mas adelante que todas las causas que se atribuyen á la indigestion se asignan tambien al cólera morbo esporádico, y que además la enfermedad presenta todos los fenómenos de una digestion alterada. ¿No será, pues, esta especie de cólera una simple indigestion? Tal vez se podria sostener esto fundándose en bastantes hechos; sin embargo, hay en esta afeccion algo de especial. En efecto, la supersecrecion que se forma en el conducto digestivo, depende evidentemente de un estado desconocido que no se encuentra en las indigestiones ordinarias, y esta sola consideracion, aun cuando la opinion precedente estuviese mas apoyada que lo que está, bastaria para hacer del cólera esporádico una descripcion particular.

§ I.—Historia.

Esta enfermedad ha sido conocida y descrita desde la mas remota antigüedad. Hipócrates habla muchas veces de ella en sus obras (1), y todos los autores posteriores nos han hecho descripciones de ella mas ó menos extensas. Cuando se examinan atentamente estas, se ve que se han expuesto bajo semejante denominacion cierto número de estados morbosos diferentes, porque bastaba que hubiese vómitos abundantes con deyecciones alvinas frecuentes, para que la mayor parte de los autores de los siglos pasados admitiesen la existencia del cólera morbo, de lo que resulta que se han descrito con este nombre simples indigestiones, los efectos exagerados de los emeto-catárticos, y aun los resultados de un envenenamiento. Pocos son los trabajos especiales que en estos últimos tiempos se han publicado sobre esta afeccion; pero entre ellos citaré los de Menard (2) y de Chauffard de Aviñon (3), que se han ocupado muy particularmente de esta enfermedad.

§ II.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se debe dar el nombre de *cólera esporádico* á una enfermedad caracterizada por vómitos violentos, abundantes y repetidos, que vienen de pronto ó despues de un corto malestar, sin otra causa que las que se atribuyen á la indigestion, acompañados ó prontamente

(1) *Œuvres d'Hippocrate*, trad. par Littré, t. V. *Des épidémies*, p. 249.
(2) Ménard, *Gazette médicale*, 1832.
(3) Chauffard (d'Avignon), *Mémoire sur le choléra-morbus* (*Journal gén. de méd.*, 1829).

seguidos de deyecciones alvinas abundantes y persistentes. Todavía hay otros síntomas importantes de que hablaré mas adelante, y no hago mencion de ellos en esta definicion, porque los que acabo de exponer son primitivos y característicos.

La palabra *chólera* (cólera) significa *flujo de bilis;* sin embargo, los vómitos están lejos de ser siempre biliosos. Tambien se ha dado á esta enfermedad los nombres de *cholera nostras*, de *passio cholerica, colerragia* (Chaussier). Casi todas estas denominaciones, como se ve, se asemejan á la mas antigua, que es la que debemos conservar, á pesar de que su significacion no sea del todo perfectamente exacta.

Aunque el cólera esporádico *no es una enfermedad frecuente*, con todo, no trascurre ningun año sin que se observen algunos ejemplos en los diversos países. Ya veremos mas adelante cuáles son, segun los autores, las regiones en que se presenta mas frecuente.

§ III.—Causas.

No teniendo á su disposicion los autores suficiente número de observaciones, no les ha sido posible indicar de un modo muy exacto las causas del cólera morbo esporádico. Pero esta reflexion solo se puede aplicar á una parte de las causas ocasionales, porque en los mas de los casos hay tal relacion entre la aparicion de los síntomas y la causa determinante, que no puede quedar duda acerca de esta última.

1.° *Causas predisponentes.*—Segun los autores, la *juventud*, la *edad madura* y el *sexo masculino*, están mas expuestos á esta afeccion que las demás edades y que el sexo femenino. Casi todos han admitido la existencia de *condiciones atmosféricas* particulares, que favorecen la produccion del cólera esporádico. El *fin del estio*, el *principio del otoño* y los *calores excesivos*, principalmente en los países en que es muy alta la temperatura durante el dia y baja por la noche, son las condiciones en que generalmente se cree que se manifiesta esta afeccion.

Segun Hipócrates, era *frecuente en Grecia*, y se le observa á menudo en *Italia* y en *España*, segun los autores modernos. En algunas circunstancias se le ha visto aparecer en muchas personas simultáneamente y entonces la afeccion que propendia á tomar el carácter epidémico, ha sido atribuida á condiciones atmosféricas particulares (1). Me contento con hacer estas indicaciones, porque me faltan completamente los elementos para juzgar de ellas con exactitud.

2.° *Causas ocasionales.*—Generalmente sobreviene el cólera es-

(1) Sydenham, *Opera omnia medica.*

porádico despues de haber comido sustancias indigestas, tales como melones, cangrejos, huevos de pescado, carne de cerdo, ó bien agua fresca en gran abundancia, vino nuevo, etc., sobre todo, durante los calores ó cuando ciertas circunstancias particulares han venido á *perturbar la digestion*, y esto es lo que ha hecho atribuir los síntomas á una simple indigestion.

En los niños, se desarrolla durante los fuertes calores del estío y muy especialmente en la época de la denticion, constituyendo el *cólera infantil*.

El doctor Searle (1) ha visto ser acometidos las dos terceras partes de los niños de una escuela, á consecuencia de haber abierto en la vecindad una *alcantarilla infecta*, y morir dos de ellos.

Ya he dicho que muchos autores habian mirado como cóleras las evacuaciones abundantes producidas por los *emeto-catárticos*. Es cierto que en semejante caso son los mismos los fenómenos de colapso; pero hay la diferencia de que estos últimos accidentes no reconocen por causa la que necesariamente es menester admitir para el cólera comun, y que siendo únicamente producidas por un agente externo, son comunmente mas fáciles de remediar.

El doctor Victor Racle (2) ha reunido bastante número de casos en los que ha sobrevenido el cólera esporádico durante el curso de otra afeccion, y ha visto que este cólera es muy grave. Dicho autor ha designado á esta especie con el nombre de *cólera esporádico sintomático*.

Por último, es preciso, como acabo de decir, admitir que existe una *causa desconocida*, para que un accidente que en las circunstancias comunes no presenta otros fenómenos que los de una indigestion simple, vaya acompañado de la supersecrecion gastro-intestinal característica, supersecrecion que es el orígen de los síntomas mas graves.

§ IV.—Síntomas.

¿Se deberá dividir el cólera esporádico en muchas especies, como lo ha hecho particularmente el doctor J. Copland (3), para describir sus síntomas? Segun este autor habria que distinguir tres variedades de cólera, que son el *bilioso*, el *flatulento* y el *espasmódico;* pero como hacen notar los autores del *Compendio de medicina práctica*, no hay en las observaciones razon alguna para admitir semejante division, y en el artículo del doctor Copland, no he encontrado otra cosa para distinguir las especies, que el mayor predominio de síntomas que son comunes á todos los casos.

(1) Searle, *On cholera*, 1829.
(2) V. Racle, *Mémoire sur le choléra sporadique symptomatique* (*Revue médico-chirurgicale*).
(3) J. Copland, *Dictionary of practical Medicine*, 1835, t. I.

Invasion.—Es muy comun que el cólera europeo se manifieste de repente, y sobre todo, durante la noche. En otras circunstancias va precedido por mas ó menos tiempo de pesadez y desazon en el epigastrio, á veces de verdaderos dolores, y en una palabra, de algunos signos de una indigestion violenta.

Síntomas.—El primero que se presenta en esta afeccion es un *dolor* mas ó menos violento que ocupa el epigastrio, y á veces una grande extension del abdómen, y que consiste en *retortijones*, *dolores cólicos*, y en una sensacion de *compresion* violenta que produce gran ansiedad. Si entonces se palpa el vientre, se le halla mas ó menos *dolorido á la presion* en los puntos indicados.

La *percusion* dá un sonido timpánico en su mayor extension y mate en el punto en donde se acumulan las materias fecales.

No tardan en venir las *náuseas*, las cuáles están en algunas ocasiones acompañadas de *eructos* y de *regurgitaciones ácidas;* pero las mas veces siguen casi inmediatamente á los *vómitos*. La materia de estos consiste primero en los alimentos y bebidas mal digeridas; despues se compone de un líquido acuoso mas ó menos mezclado con bilis, y en fin, los vómitos son amarillos, verdes ó verdosos, amargos, y por consiguiente casi del todo *biliosos*. No obstante, no siempre sucede así, y se han visto vómitos abundantes de un líquido acre que quemaba la garganta; lo cual habian observado ya los autores antiguos, y particularmente Lázaro Riverio (1) quien dedujo de esto una objecion contra el nombre de *cólera* ó *flujo de bilis*.

Al mismo tiempo que los vómitos ó casi inmediatamente despues, aparecen los *dolores cólicos violentos*, las *deyecciones alvinas abundantes* de materias acres, á veces muy fétidas, que en ciertos sugetos corroen profundamente el ano. Estas evacuaciones son en un gran número de casos tan sumamente abundantes, que se ha visto que algunos enfermos llenaban en pocos instantes tantos vasos, que apenas daban lugar á variarlos. Casi siempre van precedidas ó acompañadas de *ruido* de tripas y *borborigmos*. Las deyecciones están al principio compuestas de materias fecales líquidas; despues de un líquido mezclado á veces con alimentos mal digeridos, y finalmente, son verdosas, negruzcas, herbáceas y evidentemente *biliosas*.

Cuando las evacuaciones son tan abundantes, se encuentra *dura* y *retraida* la *pared abdominal*, y entonces es tambien muchas veces excesivo el dolor del vientre.

El *hipo* es un síntoma que puede agregarse á los que he indicado, y á veces es muy pertinaz.

Se ha dicho que en el cólera está la *lengua* por lo comun roja y seca; pero bajo este punto de vista no se ha hecho una observacion exacta. Lo que hay de cierto es que á consecuencia de la irritacion producida por el paso de las materias acres, y á consecuencia de la

(1) L. Rivière, *Praxeos med.*, lib. IX (*Opera med. univ.*, Lugduni, 1663).

abundancia de las excreciones, los enfermos se quejan con frecuencia de una *sensacion de ardor* muy intenso en la garganta. Al mismo tiempo experimentan una *sed* mas ó menos viva, síntoma que es tanto mas incómodo, cuanto que la ingestion de las bebidas provoca casi inmediatamente los vómitos. Como estos casi siempre son dolorosos á causa de la contraccion convulsiva del estómago, se ha visto que algunos sugetos evitan la ingestion de todo líquido, á pesar de tener sed.

Otra circunstancia que favorece notablemente el vómito, es el *movimiento*, y como estos movimientos son casi siempre excitados por los dolores expontáneos, los *calambres* obligan al enfermo á tomar diversas posturas con la esperanza de aliviarse.

He dicho que aparecen en esta enfermedad *calambres* que por lo comun se manifiestan despues de cierto número de evacuaciones. Ocupan particularmente las pantorrillas, despues los piés, y en algunos casos bastante raros se extienden á todas las partes del cuerpo. A veces se les ve presentarse manifiestamente en el abdómen, donde contrayéndose los músculos, forman elevaciones duras y dolorosas. En ciertos casos tienen una violencia verdaderamente espantosa.

A consecuencia de estos síntomas el *pulso* se pone acelerado, mas ó menos contraido, filiforme y miserable cuando son muy abundantes las evacuaciones. La voz es débil, baja, ¡y á veces hay una *afonía* casi completa; al mismo tiempo la *respiracion* es alta, algunas veces suspirosa y acelerada.

Entonces hay tambien *frialdad* mas ó menos considerable de los tegumentos, y principalmente en las extremidades y en la cara. A pesar de la abundancia de las evacuaciones, la piel no está ordinariamente seca, antes por el contrario, con mas frecuencia se ve aparecer un *sudor* á veces viscoso y ordinariamente frio en las diversas partes del cuerpo.

En el sistema nervioso se observa una *ansiedad* mas ó menos manifiesta, una *postracion* que se halla en relacion con la intensidad de los síntomas, mayor ó menor *desaliento*, y algunas veces una *cefalalgia* que no es de la mayor importancia.

Cuando la enfermedad ha llegado á este punto, las mas veces cede á los medios empleados para combatirla; pero en algunos casos, afortunadamente raros, continúa haciendo progresos. Las evacuaciones por la boca y el ano se hacen casi *continuas;* las deyecciones alvinas son *involuntarias*, *no cesan* los *calambres*, y el aniquilamiento de las fuerzas es completo; la *cara* se pone *pálida*, con una expresion de abatimiento profundo; los *ojos se hunden*, se deprimen las mejillas, el enfermo parece *muy flaco*, y la cara está contraida ó *hipocrática*. Entonces es cuando sobrevienen las *lipotimias*, los *síncopes*, la *carfologia* y los *saltos de tendones*, y cuando el enfermo puede sucumbir rápidamente.

A veces queda despues de la curacion y por espacio de uno ó muchos dias alguna susceptibilidad del estómago y de los intestinos, que no tardan en disipar algunas bebidas atemperantes y un régimen conveniente.

En los niños, la fisonomía se altera rápidamente, los ojos se hunden y rodean de un círculo azulado, la respiracion se hace dificultosa, la voz se altera y la piel se enfria: los vómitos son frecuentes, biliosos, verdosos; las deposiciones son líquidas, amarillentas, verdosas, serosas, pero jamás tienen la apariencia de agua de arroz que se nota en el cólera asiático. El vientre se hunde, el pulso se abate, la nariz se enfria y las uñas se ponen cianóticas, timpanizándose en algunos casos el vientre (1).

§ V.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* del cólera esporádico es esencialmente agudo, pues en algunas horas, ó recobran los enfermos la salud, ó sucumben por la violencia del mal. En los niños, la muerte es la terminacion mas frecuente. Es verdad que se han descrito algunos casos de cólera que han durado cierto número de dias (2), pero evidentemente se refieren estos casos á varias afecciones intestinales con vómitos y diarrea pertinaces.

La *duracion*, que como acabo de manifestar es muy corta, está en relacion con la abundancia de las evacuaciones, y esta circunstancia de la brevedad de la duracion, es lo que ha hecho dar á esta enfermedad algunos nombres particulares.

Acabamos de ver que diferenciándose en esto del cólera asiático, el esporádico *termina* casi siempre por la curacion. Sin embargo, se han observado algunos casos positivos de terminacion funesta, que prueban que esta afeccion es peligrosa.

§ VI.—Lesiones anatómicas.

Los antiguos atribuian el cólera á cierta corrupcion de la bilis; asi, pues, algunos autores han buscado en la composicion de este líquido la causa material de la enfermedad. Portal (3) habló de una bilis acre capaz de escoriar los tejidos; pero esta observacion no ha sido hecha por los autores mas modernos, y además, no es dudoso que Portal haya confundido enfermedades muy diversas.

(1) Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1865, t. III, p. 128.—Bouchut, *Maladies des nouveau-nés*, 1862, p. 499 et suiv.

(2) Voyez en particulier Lobstein, *Mémoires de médecine pratique*. París, 1832, en 8.°

(3) Portal, *Observations sur la nature et le traitement des maladies du foie*. París, 1813.

Encontrando otros, en algunos casos, un poco de rubicundez en los intestinos, á veces un color pardusco y otras veces úlceras, han mirado á la enfermedad como una *inflamacion gastro-intestinal*. El doctor Chauffard es quien ha defendido principalmente esta opinion; pero si se considera en qué circunstancias se ha presentado la enfermedad, la falta de toda lesion anatómica comprobada en muchos casos, y la variedad de lesiones inflamatorias que se han hallado, no se puede dudar que ha habido error de diagnóstico, ó que el cólera se ha desarrollado simplemente como complicacion de otra enfermedad.

¿Deberemos hablar ahora de las *alteraciones del hígado*, *del bazo*, *del exófago*, etc., á las que se ha querido atribuir el cólera? No lo creo, porque esta es una cuestion ya juzgada.

En resúmen, en la abertura de los cadáveres no se descubre ninguna lesion anatómica propia del cólera morbo esporádico, y aun admitiendo con el doctor Brown (1) que algunos sugetos han podido sucumbir muchos dias despues de la invasion de este cólera, y que el color subido de los intestinos es un signo de inflamacion, lo que está lejos de hallarse probado, no se deberia mirar á esta lesion sino como consecutiva.

Hay pues, á no dudarlo, en el cólera esporádico, un estado particular desconocido, probablemente nervioso, que hace que las causas que en otras circunstancias no hubieran producido mas que una indigestion ordinaria, den lugar á evacuaciones excesivas de que son una consecuencia los demás síntomas.

§ VII.—Diagnóstico y pronóstico.

A mi modo de ver se ha insistido en el diagnóstico del cólera mucho mas de lo que era menester. Efectivamente, esta enfermedad tiene una fisonomía propia, que no se la puede confundir con ninguna de las enfermedades intestinales de cierta duracion. Despues de haber examinado las diversas afecciones que pueden parecérsela, solo hallo la indigestion, el envenenamiento y el cólera epidémico, que puedan dar lugar á alguna dificultad.

Para distinguir la *indigestion* del cólera esporádico, se han procurado hallar diferencias en la naturaleza de las materias vomitadas, en su olor, en el de los eructos nidorosos; pero no creo que estas diferencias sean suficientes porque solo existen en algunos casos. Si se estudia atentamente la indigestion, se ve que es al principio muy difícil, por no decir imposible, formar un diagnóstico exacto; pero muy pronto la abundancia de los vómitos y de las evacuaciones alvinas, el hallarse bilis en las materias vomitadas, los calambres y

(1) Brown, *Cyclop. of pract. medicine*, t. I.

la debilidad extremada, no tardan en dar á conocer un verdadero cólera, y cesa toda incertidumbre.

En cuanto á los *envenenamientos*, es difícil formar su diagnóstico diferencial en atencion á que los diversos envenenamientos tienen cada uno su aspecto especial. Asi, pues, me limitaré á tomar de Grisolle (1) el pasaje siguiente, porque me parece que contiene todo lo que importa saber acerca de este diagnóstico formulado así de un modo general:

«El cólera, dice este autor, presenta mucha semejanza con el envenenamiento por los venenos irritantes. Sin embargo, en estos últimos casos se han desarrollado los accidentes despues de la ingestion en el estómago de una sustancia que ha producido las mas veces una sensacion de calor, de escozor y de quemadura en la garganta, en el exófago y aun en la boca, en la que se encuentran á veces manchas y escaras que manifiestan la accion de un cáustico. En vez de presentarse los vómitos casi simultáneamente con las evacuaciones alvinas, preceden por el contrario á estas muchas horas. Los dolores de vientre presentan la misma progresion, porque limitados al principio al epigastrio, solo despues de mas ó menos tiempo es cuando se extienden al resto del abdómen.»

Pronóstico.—Como hemos visto anteriormente, es por lo comun favorable el pronóstico del. cólera esporádico. Las evacuaciones involuntarias, un colapso profundo, el enfriamiento de las extremidades y el pulso frecuente y miserable, son síntomas muy graves que anuncian á veces una muerte próxima.

De algunos hechos reunidos por V. Racle (2) resulta que el cólera esporádico que sobreviene durante el curso de otra afeccion, intestinal ó no, presenta mucho peligro, y que *en los mas de los casos de cólera esporádico que se terminan por la muerte, estan acompañados de lesiones anatómicas.*

§ VIII.—Tratamiento.

El *tratamiento* del cólera esporádico ha variado segun la idea que se han formado los médicos de la naturaleza de la enfermedad.

Emisiones sanguíneas.—En la época en que reinaban las ideas de la escuela fisiológica, es cuando se recomendaron las emisiones sanguíneas; pero esta práctica se halla mas bien fundada en raciocinios que en observaciones, y aun estos raciocinios las mas veces son falsos. Asi, pues, se ha invocado la práctica del doctor Gravier, sin pensar que el cólera asiático, del que trataba este observador, podia diferenciarse muy bien del cólera esporádico, como pudimos com-

(1) Grisolle, *Traité de pathologie interne*, 9.ª edicion, París, 1865, t. I, p. 829.
(2) Racle, *loc. cit.*

probarlo mas tarde. Sea de esto lo que quiera, decimos que la mejor medicacion para Broussais y sus discípulos, es la aplicacion de *sanguijuelas* al epigastrio en número variable (veinte, treinta y mas en diferentes veces); pero esta medicacion está lejos de hallarse hoy dia generalmente adoptada, y nada prueba que tenga la eficacia que la han atribuido las ideas teóricas. Respecto á la sangría general, rara vez se ha usado.

Para completar *el tratamiento antiflogístico* se recomiendan las *bebidas emolientes*, mucilaginosas ó ligeramente *aciduladas*. Ya hemos visto que muchas veces son tan pertinaces los vómitos, que basta para provocarlos la ingestion de la menor cantidad de líquido; así, pues, no se debe insistir en hacer beber á los enfermos, y algunos autores, entre los que es preciso citar á Alf. Leroy, hasta han recomendado que *se supriman completamente las bebidas*; pero á veces es tan intensa la sed, que es imposible seguir exactamente este concepto, cuya utilidad no se halla perfectamente demostrada. Sin embargo, se puede tratar de templar la sed con *pedazos de hielo* introducidos en la boca, sorbos de leche ó leche clara, mistura de *Rivière*, agua de *Seltz*, agua de *Renaison*, *Saint-Galmier* dulcificada con jarabe de cerezas ó de frambuesa, y en el caso de que no se calmase, sería menester administrar bebidas atemperantes y aciduladas á muy corta dósis y á temperatura baja. Pinel, sobre todo, ha insistido mucho acerca de las ventajas de las *bebidas frias aciduladas*. Tourrette (1) recomienda la administracion exclusiva del agua fria. *Baños*, *fomentos emolientes y narcóticos* se emplearon, no siendo posible apreciar su grado de eficacia.

Vomitivos y purgantes.—Cuando se creia que el cólera era debido á una bilis corrompida, acre y corrosiva, se administraban vomitivos y purgantes; pero en el dia, que se teme con razon favorecer por estos medios la superpurgacion, se hallan generalmente abandonados, y es por lo tanto inútil hablar de ellos en este lugar.

Opiados.—La administracion de los opiados es la que justamente goza en la actualidad del favor general. Ya Lázaro Riverio habia aconsejado estos medios cuando Alf. Leroy los encomió de nuevo. Riverio aconsejaba administrar cuatro gramos de *triaca reciente*, ó bien veinte centígramos de *láudano opiado*, es decir, de *extracto de ópio*, de una sola vez. Sin embargo, si estuviesen demasiado abatidas las fuerzas, encargaba no dar entera esta dósis del extracto de ópio, sino administrar primero de cinco á diez centígramos sin perjuicio de repetir mas tarde esta cantidad. Sydenham prescribia *algunas gotas de su láudano* en una corta cantidad de vehículo. En cuanto á Alfonso Leroy, administraba de hora en hora dos centígramos de *extracto de ópio*, teniendo cuidado, como he dicho antes, de no introducir ningun líquido en el estó-

(1) Tourrette, *Traitement curatif du choléra-morbus*. Paris, 1853.

mago. Si los vómitos persisten, se aumentará la dósis, teniendo cuidado de administrar el medicamento despues del vomitivo. Forget (1) preconiza 5 centígramos de *clorhidrato de morfina* en 60 gramos de vehículo, una cucharada de café: se podrán ensayar tambien estas sales por el método hipodérmico. (*V. Neuralgias*, t. I, p. 699).

Las *lavativas laudanizadas* surten tambien buenos efectos, sobre todo, cuando son muy frecuentes los vómitos, muy abundantes y muy repetidas las evacuaciones alvinas; pero no se debe temer el aumentar algo la dósis del láudano; uno ó dos gramos de este medicamento y aún mas, deben ser introducidos en el recto en una pequeña cantidad de vehículo. Muchas veces tambien son tan frecuentes las deyecciones alvinas, que es inmediatamente arrojada la lavativa: entonces no se debe titubear en administrar otra poco despues, sin temer cierto grado de narcotismo del que no es muy difícil sacar despues á los enfermos. Sin embargo, no se puede menos de conocer que esta medicacion ha de tener sus límites, por lo que es menester examinar atentamente el estado del enfermo para no traspasarlos.

Menard, que es quien mas principalmente ha insistido acerca del uso del ópio, cree que á excepcion del *extracto gomoso*, el láudano y las diversas preparaciones de ópio no producen buenos efectos, pero esta opinion no parece se halla fundada en los hechos. Este autor dice además que ni aun el mismo extracto gomoso prueba bien á los niños de pecho: asercion que carece tambien de fundamento, y que parece mas bien dictada por el temor que se tiene generalmente á los efectos del ópio en una edad muy tierna, que por una observacion rigurosa. En los niños muy pequeños una lavativa con una ó dos *gotas de láudano*, segun la edad, un *centígramo* de *extracto gomoso*, tomado por la boca (dósis que se puede repetir dos ó tres veces al dia si el caso lo exigiese), no tienen las mas veces un inconveniente real; por lo demás, así como en el adulto, el médico puede vigilar atentamente el efecto de estas sustancias. Salvo estas objeciones, no merece sino elogios el modo con que ha expuesto Menard este tratamiento.

Las *fricciones* sobre el abdómen con un *linimento opiado*, las *cataplasmas laudanizadas*, la mayor *quietud* posible, la *inmovilidad* mas absoluta, y el uso del *hielo* interiormente, vienen á completar esta medicacion, cuya superioridad sobre las demás es indisputable.

En cuanto los vómitos se detengan, se prescribe una infusion aromática de té, melisa, manzanilla ó café, con el objeto de provocar lo mas pronto posible la reaccion.

Medios diversos.—¿Deberemos ahora hablar del uso de los *calomelanos*, del *acetato de plomo*, de la aplicacion de los *vejigatorios al*

(1) *Bull. thérap.*, 30 de Setiembre 1855.

epigastrio, de los *sinapismos* al vientre, del uso del *alcanfor*, del *cobre amoniacal*, de las *fricciones mercuriales*, del *agua fria* bebida en gran cantidad, como queria Autenrieth? No cabe duda que haciéndolo así expondria un tratamiento completo, pero esta abundancia de medicaciones, lejos de ser provechosa, solo tendría inconvenientes. En efecto, para que admitamos un tratamiento es necesario que haya dado pruebas de su eficacia, y precisamente aquí faltan completamente. Solo diré que el doctor Godlewki (1) ha visto que se alivian síntomas muy graves por el *uso de las fricciones mercuriales;* pero no refiere mas que un hecho cuyo valor es poco considerable.

En los niños, Trousseau (2) ha considerado el *baño sinapizado* como una medicacion poderosa. Se meten 50 gramos de harina de mostaza en un lienzo que se introduce en agua caliente para disolver aquella, y se añade agua fria al baño, en el cual debe permanecer el enfermito diez ó quince minutos: se le retira despues y se le envuelve en una sábana seca, con la cual se le fricciona suavemente. Esta operacion se reitera dos ó tres veces por dia. Mientras dure el período álgido, se le darán muy á menudo bebidas calientes aromáticas, como infusiones de menta, melisa, una cucharada pequeña de jarabe de éter: el agua albuminosa es tambien un excelente medicamento.

Trousseau no teme administrar el polvo de ipecacuana á la dósis de 30 ó 40 centígramos en dos ó tres veces.

En cuanto á los opiados, se debe preferir el láudano á la dósis de una, dos á cuatro gotas en bebida; el agua albuminosa será igualmente usada en lavativas.

Frecuentemente hemos empleado con éxito el sub-nitrato de bismuto á la dósis de 2 á 10 gramos suspendidos en una pocion por la goma tragacanto.

Tratamiento de los síntomas.—En vista de lo que precede me limitaré á añadir algunos medios apropiados para combatir ciertos síntomas. Se ha propuesto *contra los vómitos* muy pertinaces la *pocion de Riverio*, ó simplemente el *agua de Seltz*, bebidas que pueden ser muy útiles; pero no se debe olvidar que no basta combatir solo el vómito, sino mas bien la causa nerviosa que le produce, y la experiencia ha probado que el ópio llenaba mejor que cualquier otro medio esta indicacion importante.

Sobre el epigastrio se aplicarán revulsivos, como sinapismos, vejigatorios de amoniaco ó cantáridas, prefiriendo los primeros porque obran mas pronto para poder curarlos con la morfina.

Las *lavativas con láudano* á alta dósis son, como he dicho mas arriba, el mejor medio que se puede oponer *á las evacuaciones alvi-*

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, Abril, 1848.
(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, Paris, 1865.

nas excesivas. Se han aconsejado los *antiespasmódicos* con el objeto de calmar los *fenómenos nerviosos* y principalmente los *calambres;* algunos autores han elogiado muy particularmente el *éter sulfúrico*, pero cesan tan pronto los calambres en cuanto desaparecen los síntomas intestinales, que no se ve que haya necesidad de usar estos medios que pueden producir una accion nociva en el conducto intestinal. Las *fricciones secas* mas ó menos repetidas en el abdómen y los miembros, si están demasiado doloridos, bastan las mas veces para aliviar á los enfermos. Tambien se darán fricciones en las extremidades con el bálsamo Floraventi, linimento amoniacal, esencia de trementina, etc., para *restituirlas el calor*, y en los intervalos de las fricciones se las envolverá en *tejidos de lana calientes*, ladrillos calentados al fuego y envueltos en lienzo, saquillos de arena ó de salvado calientes. Por último, es necesario recomendar á los enfermos que guarden en lo posible una *inmovilidad* absoluta para no excitar el vómito y las deyecciones ya demasiado frecuentes.

Resúmen y prescripcion.—De lo dicho hasta aquí resulta, que el verdadero tratamiento del cólera esporádico, y el que tiene en su favor la experiencia, consiste en el uso del ópio, de algunas bebidas emolientes y acídulas y del hielo. Por lo tanto, este es el que deberá adoptar el práctico, hasta que hechos numerosos y bien observados le prueben que existe algun medio de una eficacia especial; por consiguiente, bastará una sola prescripcion para trazar de un modo general la conducta que se debe seguir.

Prescripcion.

1.° Bebidas en corta cantidad: agua de arroz, solucion de jarabe de goma, añadiendo ó no un poco de zumo de limon.

2.° Si la sed es intensa y contínuos los vómitos, es preciso limimitarse á dar al enfermo pedazos de hielo para que los deshaga en la boca.

3.° Se administrará una píldora de 3 á 5 centígramos de extracto tebaico, repetida cada dos ó tres horas, ó mas frecuentemente si el caso lo exige. En los niños la dósis será de una ó dos gotas de láudano, y se deberá administrar en una pequeña cantidad de vehículo.

4.° Se administrará una cuarta parte de lavativa de agua de semilla de lino con uno ó dos gramos de láudano, que se repetirá si fuese menester. En los niños bastan tres ó cuatro gotas de láudano, segun la edad.

5.° Fricciones al vientre con el linimento siguiente:

R. Aceite de almendras dulces..........	20 gram.	Láudano.................	6 gram.

Se hacen fricciones secas á los miembros con un pedazo de franela ó una bayeta caliente.

6.° Se recomendará al enfermo que haga los menos movimientos posibles, y si los vómitos son excesivos, se administrará el agua de Seltz, la pocion de Riverio, ó un vejigatorio al epigastrio.

7.° Cuando los vómitos se han contenido, bebidas aromáticas para facilitar la reaccion.

8.° Los dias siguientes se prescribirá al enfermo un régimen suave y ligero.

Resúmen del tratamiento.—Emisiones sanguíneas, emolientes, opiados; vomitivos y purgantes (proscriptos); medicamentos diversos; calomelanos, agua fria, etc. (inciertos). Fricciones secas, narcóticos, mercuriales, quietud, bebidas gaseosas y régimen.

CAPÍTULO VI.

Enfermedades de los intestinos (1).

ARTÍCULO PRIMERO.

ENTERORRAGIA.

La hemorragia que se verifica en la superficie de los intestinos es una de las menos conocidas; en efecto, exceptuando los casos en que esta hemorragia es ocasionada por la ulceracion de los intestinos y principalmente en la fiebre tifoidea, solo se tienen algunas ideas imperfectas acerca de la causa orgánica que produce el flujo de sangre por las cámaras. Es verdad que los casos de úlceras tifoideas ó cancerosas son los mas frecuentes; pero entonces no se trata mas que de un simple accidente de una enfermedad ya grave por sí misma.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La enterorragia tal como se comprende en la actualidad, es un flujo de sangre en el interior de los intestinos. Esta afeccion ha sido descrita bajo el nombre de *morbus niger Hippocratis*, de *melæna*,

(1) No se hallará en este capítulo ni la *enteritis foliculosa* que ha sido descrita en el tomo primero, capítulo consagrado á las fiebres y bajo el nombre de *fiebre tifoidea*, ni el *cólico saturnino* de que trataremos en los envenenamientos por el plomo: del *cólico seco* solo por obedecer al uso, le consagraremos algunas líneas al ocuparnos de la *intocsicacion saturnina*.

melænorrhagia, *fluxus hepaticus*, etc.; pero como he manifestado anteriormente, se ha aplicado con frecuencia estas denominaciones á muchas enfermedades diferentes. La enterorragia no es una *enfermedad frecuente:* pues no incluyo en esta denominacion las deyecciones sanguinolentas de la disentería, por las mismas razones que he dado en el artículo *Hemotisis*, en el que no se han considerado como una hemorragia los esputos sanguíneos de la pulmonía.

§ II.—Causas.

Apenas se pueden asignar algunas *causas predisponentes* á la hermorragia intestinal. Sin embargo, si se ha de creer á algunos autores (Camerarius, Vogel, etc.), cuya opinion ha adoptado Billard, Bouchut (1), los *niños recien-nacidos* estarian mas expuestos que los indivíduos de edad mas avanzada. Por mi parte, nunca he observado una hemorragia intestinal bien caracterizada poco tiempo despues del nacimiento. Los mismos médicos han pretendido tambien que los ancianos se hallaban particularmente predispuestos á ella; pero en semejante caso ¿no serian mas bien unas simples *hemorroides?*

Tambien se pueden considerar como causas predisponentes algunas alteraciones de la sangre, como el *aumento de los glóbulos* y la *disminucion de la fibrina:* igualmente se ve que la hemorragia intestinal sobreviene con frecuencia en el *escorbuto*.

Las *causas determinantes* se conocen mucho mejor. Efectivamente, tenemos un gran número de observaciones en las que la introduccion de *cuerpos extraños* ha producido hemorragias intestinales. Algunas veces en un *pólipo* cuyo asiento predilecto es el recto, como en el ejemplo que refiere el doctor Freteau (2).

La *invaginacion intestinal* determina ordinariamente una inflamacion violenta que produciendo erosiones, puede dar lugar á la enterorragia. Las *úlceras intestinales* y principalmente como he dicho mas arriba, las de la fiebre tifoidea, ocasionan á veces el mismo accidente; así es que un gran número de autores de los siglos pasados han incluido entre las causas de la enterorragia, las diversas especies de fiebres que entonces se admitian. Tambien el *cáncer de los intestinos*, así como el del estómago, puede producir una hemorragia interna. En cuanto á los flujos de sangre por el ano, cuyo orígen se encuentra en otros órganos, como el hígado, bazo y los vasos que comunican con los intestinos por una *perforacion*, no debemos ocuparnos aquí de ellos, porque debe tratarse de este accidente en las afecciones de estos órganos.

Por último, á veces es imposible descubrir ninguna de estas cau-

(1) Bouchut, *Maladies des nouveau-nés*, 1862, p. 584.
(2) *Journal général de médecine*, rédigé par J. Sédillot, t. XLI.

sas, de lo que he tenido recientemente un ejemplo notable en el hospital de la Piedad. El sugeto de la observacion hacia todos los dias ó cada dos dias, una ó mas deposiciones en que habia de 200 á 300 gramos de sangre pura, en parte negra y en parte roja y espumosa. Sin embargo, su vientre estaba bien configurado, no se notaba ningun tumor, introducido un dedo en el recto, tanto, que se le encontraba en el estado natural. No habia fiebre ni señal alguna de escorbuto, y los signos de anemia que presentaba este enfermo eran evidentemente consecutivos á la hemorragia, porque solo se los vió aparecer despues de gran número de deyecciones sanguíneas. Acaso existiria una causa orgánica; pero nuestros medios de investigacion no pudieron descubrirla. Los antiguos, y en particular Hoffmann (1), recurrieron á varias hipótesis para explicar la salida de la sangre en los intestinos, pero sería inútil presentarlas aquí.

§ III.—Síntomas.

Para nosotros, el flujo de sangre no es mas que un accidente que sobreviene durante el curso de una enfermedad, pues no tiene otras relaciones que las que puede haber entre la causa y su efecto.

En el mayor número de casos, despues de haberse derramado la sangre en el intestino, es *expelida* por el ano. Entonces experimentan los enfermos, primero dolores de tripas mas ó menos vivos, acompañados de una sensacion de debilidad que llega á veces hasta el desmayo, y despues una necesidad urgente de deponer, saliendo la sangre en mayor ó menor abundancia. Algunas veces no hay mas que una corta cantidad mezclada con materias que han conservado cierta consistencia; pero estos casos son mucho mas raros, y no es dudoso, que muchas veces se ha considerado como sangre que provenia de los intestinos, una corta cantidad que salia de las márgenes del ano en personas mas ó menos extreñidas. Otras veces, como en el enfermo de que he hablado mas arriba, es la sangre mas abundante, y entonces es líquida, expumosa, rutilante, lo cual se efectúa principalmente cuando ha sido abierta alguna arteria pequeña por una ulceracion cancerosa.

En ciertas ocasiones, en vez de seguir las deyecciones alvinas inmediatamente á los primeros dolores de vientre producidos por el flujo de sangre en los intestinos, se verifican *mas ó menos tiempo despues;* en semejante caso, la sangre es negruzca, algunas veces en forma de coágulos blandos y mas ó menos voluminosos.

Finalmente, no es raro ver sangre líquida mezclada con materias fecales igualmente líquidas, que se presenta bajo la forma de

(1) F. Hoffmann. *Dissert. med. pract. de morb. nigr. Hippocr. (Opera omnia,* suppl. H. Genève, 1760.)

una materia negruzca, á veces muy fétida, que es lo que principalmente se observa en la fiebre tifoidea.

Es raro que la hemorragia intestinal sea bastante *abundante* para amenazar la vida del enfermo; sin embargo, se han citado algunos casos de este género. Entónces aparecen todos los síntomas comunes á todas las grandes hemorragias: debilidad, enfriamiento de las extremidades, sudores frios, etc. El *desmayo* que acompaña á estas grandes pérdidas de sangre, puede observarse igualmente en hemorragias muy poco abundantes. Galeno creía que la causa de este fenómeno, era la accion de la sangre podrida sobre los intestinos; pero como se le ve sobrevenir en hemorragias en que no puede haber sucedido esto, y aun en una simple sangría, no se puede admitir semejante explicacion.

Algunas veces la sangre que se acumula en los intestinos *no puede salir al exterior*. Los casos de esta especie son muy raros en esta afeccion, y casi siempre antes de que haya *hemorragia* ha habido algunas deyecciones alvinas de sangre que dán pronto á conocer de qué se trata. Entonces se ven sobrevenir los síntomas de la hemorragía interna que he indicado en el artículo *Hematemesis*, á saber: dolores de vientre, debilidad, síncope, frialdad, sudores frios, pequeñez de pulso, horripilaciones, etc. Se puede reconocer que la sangre se ha acumulado y continúa acumulándose todavía en los intestinos por medio de la *percusion*, que dá un sonido á macizo en mayor ó menor extension.

Para las diversas especies de hemorragias en particular, véase tomo IV, CÁNCER DEL INTESTINO; t. I, FIEBRE TIFOIDEA, etc.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

Es raro que la enterorragia haga perecer á los enfermos de una sola vez, si no que se reproduce con mas ó menos frecuencia antes de dar lugar á esta terminacion funesta. Sucede que se renueva la hemorragia intestinal con largos intervalos, que es lo que se ve particularmente en ciertos casos de afecciones cancerosas, de lo que resulta que es indeterminada la *duracion* de la enfermedad.

En cuanto á la *terminacion fatal*, rara vez se la puede atribuir á la hemorragia misma. Sin embargo, se han citado cierto número de casos en que ha sido ocasionada esta terminacion por una pérdida de sangre rápidamente abundante, ó por hemorragias sucesivas que han deteriorado completamente la constitucion. En todos los demás casos se ha debido la terminacion fatal á los progresos de la afeccion principal, y entonces la hemorragia puede ser un signo mas ó menos grave, pero no hace peligrar al enfermo por sí misma.

§ V.—Lesiones anatómicas.

La enumeracion que arriba he hecho de las diversas causas orgánicas de la enterorragia, me dispensa de entrar en muy extensos pormenores sobre las lesiones anatómicas. En las raras veces en que no hay mas que una exhalacion sanguínea, no se encuentran mas lesiones en los intestinos que en los demás órganos, por los que hemos visto se verifican las hemorragias. En los casos de cáncer, afeccion tifoidea, invaginacion, etc., se observan las alteraciones propias de estas enfermedades, y principalmente las ulceraciones. Pero si se busca el vaso cuya erosion ha producido la hemorragia, las mas veces no se llega á descubrir ninguno. Entonces se verifica una exhalacion en la superficie de la úlcera, como en los casos del mismo género citados al tratar de la *gastrorragia*.

Cuando sobreviene la muerte durante el curso de la enterorragia, se encuentra sangre líquida, coágulos mezclados en mayor ó menor abundancia con las materias fecales, y que algunas veces ocupan toda la extension de los intestinos.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico de la hemorragia intestinal no es por lo general difícil. Cuando sin haber precedido vómitos de sangre y sin desórdenes gástricos, despues de algunos dolores de vientre se ven aparecer evacuaciones alvinas sanguíneas, no se puede dudar de que la sangre provenga de la superficie intestinal. Los signos que acabo de indicar distinguen suficientemente esta hemorragia de la *gastrorragia* con la cual se la podria confundir.

La inspeccion del ano, y el tacto por el recto, bastan para hacer reconocer si existen ó no *tumores hemorroidales*, y desvanecer todas las dudas que pudiere haber.

Ya hemos visto que la sangre podia ser derramada por otros órganos inmediatos, á consecuencia de una *perforacion*. El estudio atento de los síntomas precedentes, y la aparicion repentina de una hemorragia intestinal abundante, servirán de guia en los casos de esta especie, que son sin contradiccion los que ofrecen mas dificultades.

Los síntomas bien conocidos de la *fiebre tifoidea*, en cuyo curso se produce á veces la enterorragia, harán prontamente conocer al práctico cuál es la verdadera causa de este accidente. En cuanto al *cáncer*, la existencia de un tumor perceptible por medio de la percusion y palpacion al través de las paredes abdominales, ó por el tacto rectal si ocupa un punto del recto poco distante del ano, una diarrea

mas ó menos duradera y los signos de caquexia cancerosa, servirán para establecer el diagnóstico.

Mas adelante manifestaré por qué signos se distingue la hemorragia debida á una invaginacion intestinal.

Algunas veces es difícil asegurarse de si realmente contiene sangre la materia de las deyecciones alvinas; entonces es menester recurrir á un procedimiento ya indicado por Fed. Hoffmann. Se vierte el líquido contenido en el vaso hasta que solo queden las partes situadas en el fondo, sobre las cuales se echa en seguida una corta cantidad de agua. Por este medio se vuelve á la sangre su color rojo, y desaparecen todas las dudas. Se puede igualmente tomar el líquido que está en el fondo del vaso, introducirle en un tubo de vidrio y hacerle calentar; la albumina de la sangre se coagulará por el calor. El microscopio tambien acredita los glóbulos característicos de la sangre.

Pronóstico.—El pronóstico de la enterorragia considerada en sí misma, solo es grave cuando es sumamente abundante la pérdida de sangre; pero esta hemorragia puede servir á su vez de signo pronóstico, pues sabemos por investigaciones recientes, que por lo general anuncia que es muy grave la afeccion cuando se presenta en la fiebre tifoidea. No es tampoco menos de temer en el cáncer, puesto que indica una erosion que puede terminarse por una hemorragia fulminante.

§ VII.—Tratamiento.

Como la enterorragia no tiene un tratamiento propio, solo diré de él algunas palabras. Se han usado *sangrias generales* cortas; pero este medio solo debe emplearse cuando la hemorragia es poco abundante. Las *bebidas acídulas frias*, 6 gramos de agua de Rabel por un litro de tisana ó de agua de brea, las *lavativas astringentes* de cuatro á ocho gramos de *ratania* ó 40 á 50 gotas de *acetato de plomo*, las *aplicaciones frias* al vientre, y particularmente el *hielo* encerrado en una vejiga, las *lavativas frias* con agua de nieve; tales son los medios que principalmente se emplean. Al mismo tiempo es necesario tener cuidado de mantener el vientre libre, de modo que el enfermo no tenga que hacer esfuerzos para defecar. El *percloruro de hierro* á la dósis de uno á dos gramos en una pocion está indicado en este caso, pues las aguas hemostáticas de Brocchieri, Léchelle, Tisserand y de Pagliari, que están preparadas con sustancias resinosas, son menos activas que el percloruro de hierro. Cada hora tomará una de las siguientes píldoras:

R. Tanino.............. 2 gram. | Extracto blando de ratania. 4 gram.

F. s. a. cuarenta píldoras.

Tambien se ha alabado mucho el *ópio*, dado principalmente en lavativa, y la *esencia de trementina*, que recomienda sobre todo Copland. En los casos en que es muy abundante la hemorragia, se aconseja recurrir á las *ligaduras de los miembros*, ventosas secas, sinapismos á los costados del pecho, brazos y espalda. En fin, en estos últimos tiempos se ha tratado de poner otra vez en voga el *zumo de ortigas* tan usado por los médicos antiguos, y que especialmente Ginestet (1) elogia como hemostático; pero ya volveré á hablar acerca del uso de esta sustancia en la descripcion de la metrorragia, contra la que se le ha dirigido principalmente.

No creo debo insistir mas sobre este tratamiento, porque será fácil aplicar á la enterorragia lo que se ha dicho respecto á las demás hemorragias ya descritas.

ARTÍCULO II.

ENTERITIS.

La primera dificultad que se presenta es la siguiente: ¿Dónde principia y acaba la enteritis? Por una parte vemos á algunos autores que quieren distinguir esta afeccion de los casos en que solo han visto una simple diarrea, y por otra á varios médicos que hacian esfuerzos para atribuir á una simple inflamacion intestinal, todos los casos en que hay numerosas y abundantes deyecciones (2). Algunos han querido hacer de la fiebre tifoidea una especie de enteritis, bajo el nombre de *enteritis foliculosa;* por último, se ha tratado de distinguir la inflamacion limitada al intestino delgado y designarla con el nombre de *enteritis propiamente dicha*, de la que ocupa á la vez los intestinos delgado y grueso, y que se ha llamado *entero-colitis*. Por desgracia no tenemos observaciones apropiadas que resuelvan estas dificultades; lo que es fácil de concebir reflexionando cuán poca es la gravedad de la enteritis en los casos no complicados, y en la imposibilidad que hay de comprobar por la autopsia las ideas que es posible formarse acerca de la naturaleza y extension de la enfermedad, segun los casos. Sin embargo, teniendo principalmente en consideracion lo que se observa cuando sobreviene la enteritis en una enfermedad mortal, se pueden obtener algunos resultados interesantes que servirán de base á este artículo.

Sería necesario nombrar todos los autores que han escrito tratados de Medicina, desde Hipócrates hasta nuestros dias, para citar todos los que han hablado de la inflamacion intestinal.

(1) Ginestet, *Bulletins de l'Académie de médecine*, t. IX, p. 1015; t. X, p. 364
(2) Forget, *De l'entérite folliculeuse.*

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

En nuestro concepto, la enteritis es la inflamacion del intestino delgado que se extiende ó no hasta el intestino grueso. Por esta definicion manifiesto que hago mis reservas acerca de la afeccion que se ha llamado *diarrea idiopática*, de la cual diré algunas palabras mas adelante, y que por otra parte no hago distincion entre la enteritis propiamente dicha y la entero-colitis, por la razon que veremos despues. En cuanto á la enteritis foliculosa, no necesito repetir que constituye para mí una enfermedad particular, la *fiebre tifoidea*, de que se hablará en el capítulo de las *Fiebres*.

Esta enfermedad conocida con los nombres de *cólico inflamatorio*, *inflamacion de los intestinos*, *enterophlogia*, es hoy dia generalmente designada con el nombre que la conservo.

Su frecuencia es muy grande.

§ II.—Causas.

No se han averiguado con mucha exactitud las causas de la enteritis, sin duda alguna porque siendo muy poco grave, no ha llamado mucho la atencion de los médicos.

1.° *Causas predisponentes.*—Aunque en todas las *edades* se está expuesto á la enteritis, sin embargo, segun las investigaciones de Billard, Bouchut (1) y las mias (2), los niños muy pequeños están mas expuestos á ella que las personas de avanzada edad, sobre todo, cuando se les da un alimento que no les conviene, como sucede con demasiada frecuencia. En cuanto á la influencia del *sexo*, nada podemos decir de positivo.

Hay algunos sugetos que sin que se pueda saber la causa, están mas predispuestos que otros á la inflamacion intestinal. La *debilidad* y el *deterioro* de la constitucion, que predisponen á todas las inflamaciones, lo hacen igualmente á la enteritis. Así es que es bastante comun ver que sobreviene esta enfermedad durante el curso de las *convalecencias*, y en sugetos muy debilitados por falta de nutricion. Es asimismo muy frecuente que se presente durante el curso de diversas afecciones, y sobre todo, de las enfermedades inflamatorias con movimiento febril de larga duracion, igualmente que en las afecciones febriles crónicas; pero los casos de este género no deben ocuparnos aquí.

(1) Bouchut, *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*, 4.ª edicion. París, 1862.
(2) Valleix, *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*, p. 268 y 462.

2.° *Causas ocasionales.*—Entre ellas se ha querido incluir las *violencias externas* sobre el abdómen; pero que en los casos de esta especie no dan lugar á mas que á una simple enteritis. Los *irritantes del conducto digestivo, los alimentos acres, las bebidas alcohólicas y la impresion del frio* estando el cuerpo sudando, el uso de frutas acuosas no maduras, el exceso de estos alimentos, son causas que se consideran como productoras de la enteritis. Sin embargo, si se consultan las observaciones se advierte que á excepcion de algunos pocos casos, la enteritis se presenta durante el estío, circunstancia sobre la cual no se habia aun fijado bien la atencion. Algunas veces despues de haber administrado los *purgantes*, queda una irritacion en los intestinos que dura mas ó menos tiempo, y que es debida á una verdadera inflamacion. Por último, debemos decir que en el mayor número de casos aparece esta enfermedad sin que se pueda descubrir su causa.

En los *niños recien-nacidos* la enteritis es las mas veces producida por una alimentacion feculenta, desproporcionada para sus fuerzas digestivas, lo que tengo demostrado en un escrito práctico acerca de la enteritis (1).

§ III.—Síntomas.

En la descripcion de los síntomas se ha tratado de dividir la enteritis en tantas especies particulares cuantas porciones mas ó menos distintas hay en el conducto intestinal; asi es que se ha descrito la *duodenitis*, la *ileitis*, la *inflamacion del ciego* ó *tiflitis*, y en fin, la *colitis*; pero no creo que haya la menor ventaja en admitir semejante division. La *duodenitis*, sobre la cual tendré ocasion de hablar cuando se trate de las enfermedades del hígado, no es una afeccion que se pueda describir por separado. En cuanto á la *ileitis*, no presenta, como lo ha demostrado Louis (2), síntomas que la distingan bien de la inflamacion intestinal, que ocupa una extension mayor del intestino delgado y que se prolonga hasta el grueso. Por último, no hay realmente otra afeccion limitada al intestino grueso, ó que á lo menos tenga su asiento principal en esta parte, que la *disenteria*, á la cual dedicaré un artículo especial.

La *tiflitis* es una enfermedad descrita principalmente por los médicos alemanes, que merece nos ocupemos de ella en particular; pero como toda la importancia de esta inflamacion consiste en los *abscesos de la fosa iliaca derecha*, que son su consecuencia, y como por otra parte es muy poco conocida por sí misma, creo que bastará ha-

(1) Valleix, *Considérations sur les causes, le diagnostic et le traitement de l'entérite aigüe des adultes et des nouveau-nés, et de la dysenterie (Bulletin gén. de thérap.*, Marzo, 1845).
(2) Louis, *Recherches sur l'affection typhoïde et sur la phthisie.*

blar de ella cuando describa el *flemon iliaco*. (Véase t. V, *flemon iliaco*).

Es cierto que se han descrito síntomas diferentes, como correspondientes á cada una de estas pretendidas especies de enteritis; pero la observacion no ha confirmado estas ideas teóricas. Así, pues, Broussais creia que se podia distinguir la enteritis limitada al intestino delgado de la colitis, en que lejos de haber diarrea en la primera habia mas bien extreñimiento, siendo así que aquel síntoma (la diarrea) era característico de la segunda; pero cuando la enteritis ha sobrevenido durante el curso de una enfermedad mortal, se ha visto que coincide la diarrea, bien solo con la inflamacion del intestino delgado ó bien con la de este y la del grueso á la vez, y nada prueba, como ha demostrado Louis, que la suposicion de Broussais fuese fundada. Por lo tanto, me limitaré en la exposicion siguiente á describir la enteritis de una manera general, porque repito, en el estado actual de la ciencia, nada autoriza á proceder de otra manera.

Limitada así la enteritis no nos presenta mas que un conjunto de síntomas simples, de los cuales el mas característico es una *diarrea* frecuentemente muy abundante, precedida en casi todos los casos de *dolores de vientre*, muchas veces muy intensos, pero que nunca son tan violentos como los dolores de vientre debidos á otras causas, y que se denominan en general con el nombre de *cólicos nerviosos*. Estos dolores son vivos, intermitentes, por lo comun de corta duracion, y se reproducen con intervalos tanto mas cortos cuanto mas violenta es la enfermedad; ordinariamente empiezan alrededor del ombligo y despues recorren el vientre en diversas direcciones; pero no muy á menudo en la direccion del cólon trasverso, pues solo los ha visto Louis dos veces en veintitres casos. Al mismo tiempo el vientre se pone *dolorido á la presion*, especialmente hácia la region umbilical; pero rara vez se extiende el dolor á puntos distantes, y nunca ó casi nunca invade el epigastrio.

Poco despues de estos dolores cólicos aparecen *deyecciones líquidas*, como ya se ha dicho. Entonces los enfermos sienten muchas veces en el abdómen *borborismos* y movimientos, primero alrededor del ombligo, que se dirigen en seguida hácia la pélvis, siguiendo el trayecto del intestino grueso, y por último, que son inmediatamente seguidos de la necesidad de deponer (1).

Las primeras evacuaciones contienen mayor ó menor cantidad de materias fecales, de la cuales una parte puede haber conservado su consistencia; pero bien pronto aparecen otras enteramente líquidas. Con frecuencia tambien estas materias tienen una accion corrosiva que se siente en el ano y produce vivos dolores, en cuyo caso toman entonces un aspecto casi seroso, y parece estan solo teñidas por ma-

(1) Martineau, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. París, 1866, t. V, art. BORBORYGMES.

yor ó menor cantidad de bilis. El número de estas evacuaciones puede variar desde cuatro ó cinco hasta treinta y mas en las veinticuatro horas. En este último caso la enfermedad se asemeja al cólera esporádico.

Cuando las evacuaciones de vientre son muy numerosas y han sido precedidas de dolores de tripas muy vivos, lo que anuncia la mucha intensidad del mal, no es raro ver que sobreviene además del dolor en el ano, un verdadero *tenesmo* y aun deyecciones alvinas, compuestas en parte de *moco sanguinolento*, lo que prueba todavía cuán poco fundadas son las divisiones escolásticas establecidas, puesto que estos síntomas son los de la disentería. ¿Pero qué es lo que sucede en estos casos? Nada mas que un aumento notable de la inflamacion, principalmente en el intestino grueso.

Tales son los principales síntomas de la enteritis aguda. Veamos ahora los que se agregan á ella, pero solo en ciertas circunstancias. Las mas veces no hay *ningun movimiento febril;* pero en algunas ocasiones se observan los fenómenos siguientes: ligeros *escalofrios*, un poco de *sensibilidad al frio* al principio de la enfermedad y durante su curso, algun aumento en el *calor; sudores* bastante manifiestos que se presentan en muchos casos con frecuencia al principio de la enfermedad, y algunas veces son abundantes; por último, cierta frecuencia en el pulso (unas ochenta pulsaciones en las observaciones de Louis) en unos pocos enfermos. Esto es lo que constituye el *movimiento febril*, que repito, solo se verifica en un corto número de casos, y principalmente cuando la enfermedad adquiere algunos caracteres de la disentería.

El estado de las *fuerzas nunca* presenta una verdadera *postracion*, si bien se halla un poco alterado. Finalmente, es muy raro ver alguna *cefalalgia*, y no hay síntomas cerebrales; solo poquísimas veces se observan *náuseas*, pérdida mas ó menos completa del *apetito*, *lengua* blanquecina ó natural, y no roja, como se ha dicho sin razon; tal es el conjunto de fenómenos que constituyen la enteritis.

La *enteritis* de los *recien-nacidos* se presenta frecuentemente con gran violencia y sin que sea absolutamente necesario que la haya precedido ninguna otra enfermedad, explicando esta facilidad con que se inflama intensamente el intestino, el estado de debilidad que es propio de los niños. Los síntomas de esta enfermedad no se diferencian visiblemente de los que se observan en el adulto. Los dolores cólicos, la diarrea mas ó menos abundante, cierta tension en el vientre y un manifiesto movimiento febril, tales son los fenómenos que se observan; pero tiene de particular que al cabo de cierto tiempo sobreviene en muchísimos casos una nueva afeccion que no es otra cosa que el *muguet*. Yo he visto en el hospicio de Niños Expósitos, que estas dos enfermedades se suceden de una manera tan constante, que no me parece dudoso que en el mayor número de casos á lo menos, una no sea consecuencia de la otra. Hace todavía muy

poco tiempo que he visto muchos casos de muguet en los que era evidente que una inflamacion intestinal ocasionada por el mal régimen habia precedido á la inflamacion seudo-membranosa de la boca. Estas son las únicas particularidades que merecen indicarse.

Réstanos ahora decir algunas palabras acerca de ciertas formas de enteritis descritas por los autores. Ya me he explicado acerca de la *enteritis circunscrita* y la *difusa*, y he dicho que los signos aducidos como capaces de hacerlas distinguir, no eran suficientes en la mayor parte de los casos. En cuanto á la naturaleza de las materias expelidas en las deposiciones, se ha distinguido la enteritis en *serosa*, *mucosa*, *biliosa y estercorácea;* pero como se ve que estas diversas especies de materias se suceden en un solo y mismo caso, no se puede fundar sobre ellas verdaderas variedades. Tambien se han admitido las enteritis *flemonosa*, *eritematosa*, *reumática*, *artrítica*, *hemorroidal*, *catarral*, etc.; pero sería inútil enumerar todas estas especies que no tienen mas fundamento que algunas particularidades insignificantes. Decimos pues, que todas estas pretendidas variedades desaparecen á la cabecera del enfermo, y que no se halla demostrada la mayor influencia de este ó del otro tratamiento, en tal ó cual caso. Por consiguiente, no creo necesario tratar de dar los caracteres de estas diversas formas, que ha hecho admitir mas bien el raciocinio que la observacion.

Unicamente diré dos palabras acerca de la *enteritis seudo-membranosa*, á la que han dado bastante importancia muchos autores.

Es manifiesto, que en la mayor parte de los casos en que se ha hecho mencion de la existencia de una falsa membrana en los intestinos, se trataba de una *disentería*. En los demás habia casi siempre gran tendencia á la formacion de falsas membranas, y solo como ha hecho observar Bretonneau, en sugetos que presentaban falsas membranas difteríticas en la faringe, fosas nasales, etc., es en los que se han encontrado otras semejantes en los intestinos. Así, pues, como se ve, tenemos casos de verdadera disentería, y por otra parte casos complicados en que la enteritis es un fenómeno accesorio, aunque anuncia mucha gravedad en la enfermedad. Por estas razones no me extenderé mas sobre este particular.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de la enfermedad es casi siempre muy agudo y muy rápido. En efecto, la enteritis llega muy pronto al mas alto grado, y en seguida remite con rapidez y sin exacerbacion marcada, á no ser que venga un mal régimen á sostenerla. En los casos observados por Louis, la *duracion* ha sido de tres á cuatro dias, á contar desde la entrada en el hospital, lo que supone una duracion media de un septenario á lo mas; pero las faltas de régimen pueden prolongarla mu-

cho, y por esto se encuentran en los autores ejemplos de enteritis que han durado veinte dias y mas.

Rara vez es fatal la *terminacion* de esta enfermedad en el adulto, cuando recae en personas que gozan de buena salud; así es que Louis no ha observado mas que un solo ejemplo. Ya he visto que en los niños podia cuando era violenta desde su invasion, terminarse bastante pronto por la muerte. En los casos en que existe una enfermedad grave, la enteritis se agrega á la causas de muerte, y puede acelerar muchas veces la terminacion fatal.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Casi nunca se han descrito las lesiones anatómicas sino en casos en que la inflamacion intestinal habia sobrevenido como complicacion de otra enfermedad, de lo cual parece á primera vista que nada se puede deducir respecto á la enteritis simple; pero son tan idénticos los síntomas en uno y otro caso, que no se puede dudar que son las mismas las lesiones que las producen. Por otra parte, esto es lo que se demostró directamente en el caso simple observado por Louis.

La rubicundez, la tumefaccion, el reblandecimiento de la membrana mucosa y del tejido sub-mucoso, del intestino delgado solo ó de ambos intestinos á la vez, en mayor ó menor extension, tales son los principales caracteres de esta inflamacion. En algunos casos se han encontrado excoriaciones superficiales, y una infiltracion sanguínea del tejido sub-mucoso; pero nunca estas lesiones profundas que tienen un asiento expecial (la placas de Peyer) y se hallan en la fiebre tifoidea. En dos casos ocurridos en niños (1) encontré una ó dos pequeñas úlceras que no tenian carácter particular, y que no he podido atribuir á la fiebre tifoidea.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* de la enteritis simple, considerado de un modo general, es seguramente uno de los mas fáciles. En efecto, los dolores de tripas, seguidos poco despues de una diarrea primero fecal, despues mas ó menos serosa, son síntomas característicos y peculiares de esta afeccion. Sin embargo, á veces hay bastante dificultad para precisar el diagnóstico, á causa de las discusiones, á que como hemos visto anteriormente, ha dado lugar la naturaleza de la enfermedad.

En primer lugar ¿cómo distinguiremos la enteritis simple de

(1) Valleix, *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*. París, 1838, p. 462.

ciertos casos de *disentería?* Cuando la disentería es esporádica y se halla en su principio la afeccion, es casi imposible; pero mas adelante veremos que esta especie de disentería empieza á veces casi como una enteritis simple; mas al cabo de cierto tiempo se hacen las deyecciones enteramente mucosas, sanguinolentas, mezcladas con porciones de falsas membranas, que dan sangre y á veces pus; entonces se reconoce que hay una verdadera disentería. ¿No habria, pues, en la disentería esporádica algo mas que una enteritis exacerbada hasta su mas alto grado? Este es un punto muy difícil de resolver, porque desgraciadamente las descripciones de disentería que tenemos, se refieren casi todas á epidemias, en las que puede muy bien haber presentado la enfermedad caractéres especiales, y por otra parte, se ha descuidado examinar la invasion y el curso de los primeros síntomas. Así, pues, no pudiendo resolver nada sobre este punto, únicamente diremos que la disentería esporádica presenta un gran número de caracteres de la enteritis simple elevada al mas alto grado, sin que sea fácil prejuzgar nada acerca de la naturaleza de la disentería epidémica.

La *enteralgia* solo tiene de comun con la enteritis el dolor y algunas veces las evacuaciones líquidas, pero pasajeras, que alternan con el extreñimiento.

En cuanto á la *fiebre tifoidea*, solo se la ha podido considerar como una simple enteritis en una época en que aun no habia sido ilustrado este punto por la observacion.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° *Signos distintivos de la enteritis simple y de la disentería esporádica.*

ENTERITIS SIMPLE.	DISENTERÍA ESPORÁDICA.
Deyecciones, primero *fecales*, despues *serosas* ó *biliosas*.	Deyecciones *mucosas*, *mucoso-sanguinolentas* con pedazos *seudo-membranosos*, y á veces *purulentas*.
Evacuaciones generalmente *menos frecuentes*.	Evacuaciones generalmente *mas frecuentes*.
Tenesmo menos violento y menos frecuente.	*Tenesmo* mas violento y mas frecuente.

2.° *Signos distintivos de la enteritis simple y de la fiebre tifoidea.*

ENTERITIS SIMPLE.	FIEBRE TIFOIDEA.
Deyecciones *mas* numerosas que *ceden pronto al tratamiento.*	Deyecciones menos numerosas; pero la diarrea es *persistente.*
Dolores de vientre *mas violentos* y *mas frecuentes.*	Dolores de vientre *menos violentos* y *menos frecuentes.*
No hay meteorismo, ni abultamiento del bazo, ni *dolores* epigástricos.	*Meteorismo, abultamiento* del bazo, y *dolores* epigástricos.
Lengua *natural.*	Lengua *alterada* en los casos graves, y olor característico del aliento.
Por lo comun se *conserva el apetito,* y se *recupera pronto.*	*Inapetencia.*
No hay síntomas cerebrales ni nerviosos.	*Síntomas cerebrales* y nerviosos.
No hay *postracion* de las fuerzas.	*Postracion* de las fuerzas mas ó menos considerable.
No se observa *epistaxis* ni *manchas* rosadas lenticulares.	Hay *epistaxis* y *manchas* rosadas lenticulares.
No hay movimiento febril ó es *muy ligero.*	*Fiebre* mas ó menos intensa.
Duracion corta.	La *duracion* media *pasa de dos septenarios.*
No ocasiona la muerte.	Siempre causa *mucha mortandad.*

Pronóstico.—Lo que he dicho anteriormente me dispensa el hablar mas largamente del pronóstico. En efecto, hemos visto que la única circunstancia que hace que la afeccion sea verdaderamente grave, es el estado de debilidad de los enfermos, debido á la poca edad ó al estado de enfermedad en que sobreviene la enteritis.

§ VII.—Tratamiento.

En los mas de los casos el tratamiento de la enteritis aguda es de los mas sencillos; pues cede prontamente á algunos *emolientes* y á los *opiados* á corta dósis. En los casos observados por Louis, en los que algunas veces la afeccion era muy intensa, bastó á dar á los enfermos *agua de arroz* para bebida á pasto, administrarles una ó dos veces al dia una cuarta parte de lavativa de *cocimiento de malvavisco,* con ocho, diez ó doce gotas de *láudano,* y someterles á una *dieta severa,* para ver que la enfermedad disminuye siempre, como he dicho mas arriba, en el segundo dia del tratamiento, y es completa la curacion al cabo de ocho á diez dias. Se aplicarán cataplasmas laudanizadas al vientre ó compresas empapadas en cocimiento de malvavisco y adormideras.

Así sería inútil multiplicar los medios terapéuticos contra una enfermedad que se cura tan fácilmente. Sin embargo, diré que algunos médicos han aconsejado las *emisiones sanguíneas* y principalmente las *sanguijuelas al ano;* pero lo que precede prueba que este

medio, que á la verdad no es peligroso, no es tampoco verdaderamente útil á no mediar circunstancias excepcionales y fenómenos inflamatorios muy pronunciados.

Cuando es mucha la diarrea, se aconseja administrar el *agua albuminosa*, sobre cuya eficacia ha insistido principalmcnte Mondiere. Esta agua que se prescribe tambien en la disentería, se prepara del modo siguiente:

R. Agua ligeramente templada. 1000 gram. | Claras de huevo.......... N.° 6.

Agítese poco á poco hasta que quede bien hecha la mezcla y añádase:

Agua de flor de naranjo. 4 gram. | Azúcar........................ C. S.

Otros emplean al mismo tiempo que los medios precedentes, algunos *axtringentes* suaves, principalmente en lavativas. Así, pues, se pondrá una lavativa de *agua de cebada* que contenga 8 ó 10 gramos de *raiz de ratania*. Pero estos medios se emplean principalmente contra la enteritis crónica, de la cual hablaré bien pronto. Lo mismo sucede con las lavativas preparadas con ligeros *cataréticos*, y en particular con el *nitrato de plata*, medicamentos que solo obran sobre la membrana del intestino grueso.

Se puede administrar con ventaja el *sub-nitrato de bismuto*, á la dósis de 8 á 20 gramos en una pocion gomosa.

Si se admitiese con Stoll la existencia de una *enteritis biliosa*, nos veriamos inclinados á emplear los *vomitivos* y los *purgantes*; pero nada nos autoriza para usar estos medios de que volveré á hablar al tratar de la disentería; porque ninguna ventaja hay en complicar así un tratamiento, cuando prueban tan bien los medios mas sencillos; por esta razon me limitaré á reunirlos aquí en una sola prescripcion.

En los niños, se comenzará por un vomitivo (ipecacuana de 30 á 75 centígramos) si hay estado saburral de la lengua. Si el aliento es ácido, se suprimirá la leche para reemplazarla por agua de arroz ó cebada perlada con un poco de magnesia descarbonatada, ó bien agua de cal oficinal en la cantidad de 5 á 10 gramos. Si los fenómenos inflamatorios empiezan á desaparecer, se prescribirán los axtringentes, jarabe de ratania, y de monesia. Bouchut (1) ha ponderado las lavativas de borax (5 á 10 gramos) con glicerina (60 á 100 gramos); Laségue y Trousseau, las del sub-nitrato de bismuto.

Prescripcion.

1.° Para bebida usual, ligero cocimiento de arroz endulzado con jarabe de goma ó de membrillo, agua albuminosa.

(1) Bouchut, *Maladies des nouveau-nés*, 1862, p. 509.

2.° Todos los dias una ó dos veces una cuarta parte de lavativa de cocimiento de malvavisco ó semilla de linaza á la que se añade:

R. Láudano de Sydenham. 10 á 12 gotas. | Almidon............ 3 á 4 gram.

En los recien-nacidos la dósis del láudano no pasará de una gota y la del almidon de dos gramos. A la edad de tres ó cuatro años se podrá aumentar la dósis del láudano hasta dos gotas, y así sucesivamente.

3.° Si fuesen los dolores de vientre muy intensos, se aplicará una cataplasma laudanizada sobre el abdómen.

4.° Durante la mayor fuerza de la enfermedad, se guardará dieta absoluta; pero luego que se alivien los principales síntomas, se empezará la alimentacion por caldos, sopas de arroz y despues huevos pasados por agua, yendo así auméntandola progresivamente aunque con prudencia.

Me parece inútil hacer un resúmen de este tratamiento.

Contra la *enteritis de los recien-nacidos* producida por una alimentacion feculenta, basta cambiar el régimen y emplear exclusivamente la lactancia (1).

ARTÍCULO III.

ENTERITIS CRÓNICA.

La enteritis crónica es una enfermedad primitiva algunas veces, y frecuentemente consecutiva á la enteritis crónica y á padecimientos graves igualmente crónicos.

Reconoce por causas una mala alimentacion ó no apropiada á la edad, á las fuerzas del indivíduo, como se observa muy á menudo en los niños y en las personas que viven bajo la influencia de la humedad: los que hacen excesos en las comidas tambien están expuestos á padecerlas.

El vicio diatésico dartroso, excrofuloso, artrítico, pueden determinarla, así como la presencia de vermes intestinales, alteraciones orgánicas en el canal intestinal producidos por los tubérculos, cáncer, etc.

Los *síntomas* que se asignan á esta enfermedad cuando se halla en estado de simplicidad, aunque no tenemos de ello ejemplos bien auténticos, son: *deyecciones líquidas* que por lo general no pasan de cinco ó seis al dia, que conservan su aspecto *extercordceo* y que solo

(1) Véase Valleix, *Bulletin de thérapeutique*, Marzo, 1845.

son notables por su liquidez; algunos *dolores y ruidos de tripas*, *enflaquecimiento* mas ó menos marcado, *aridez de la piel*, *alteracion de la cara* y un poco de *frecuencia de pulso*.

En un caso observado por Trousseau (1) sobrevinieron síntomas cerebrales durante el curso de una enteritis crónica, que en un niño simularon una meningitis. La autopsia demostró despues que no existia esta afeccion.

En los sugetos afectados de tubérculos, son en los que mas se encuentra esta afeccion del intestino, de que he hablado bastante al tratar de la *tísis pulmonal*.

La *anatomía patológica* dice poco sobre esta cuestion, porque la enteritis crónica no mata por sí misma, sino por las complicaciones que sobrevienen, por la estenuacion en que los enfermos caen, por la tuberculizacion, etc.

Tratamiento.—La indicacion primera que en los sugetos afectados de enteritis crónica debe llenarse, será la de sujetarlos á un régimen preciso, pues el menor exceso puede desarrollar los síntomas agudos, sobre todo en los niños. Si la leche de la nodriza es pobre, se le debe cambiar; si al niño se le habia destetado, se le dará alimento nutritivo y proporcionado á sus fuerzas, como sopa de pan, de arroz, puches, advirtiendo que los caldos fuertes son demasiado nutritivos para los niños.

En una edad mas avanzada, los niños dejan la leche por los caldos grasos preparados con sustancias feculentas. El aceite de hígado moreno aumenta la diarrea, pero si estuviese claramente indicado, se le administrará mezclado con jarabe de membrillo, de goma, etc.

La carne cruda se ha recomendado mucho por Weisse (de Moscou), Andrieu, Trousseau (2), Bouchut (3), etc. Carne magra de buey ó de carnero, se le corta en pequeños pedazos y se le machaca hasta reducirla á pulpa, que se puede incorporar con dulce de grosella, azúcar ó chocolate, para administrarla con el nombre de *conserva de Damas*. Se empieza por 10 gramos en cuatro veces, al dia siguiente 20 gramos, y así sucesivamente. A los parientes se les advertirá que las deposiciones son horriblemente fétidas, pero estas se disminuirán progresivamente á medida que la mejoría se manifieste. Los huevos frescos, crema de arroz, de chocolate, son excelentes coadyuvantes: Tambien se podrá administrar el sub-nitrato de bismuto como en el estado agudo.

Los *vermes intestinales* obran como cuerpos extraños, y pueden igualmente dar lugar á una enteritis crónica, cuyos principales síntomas son la diarrea, cólicos y enflaquecimiento. Esta variedad reclama los antihelmínticos, las grajeas de santonina, el semen-contra, etc. Véase mas adelante, VERMES INTESTINALES.

(1) Trousseau, *Bulletin de thérapeutique*, Diciembre 1846.
(2) Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*. 1865, t, III, p. 125, 136.
(3) Bouchut, *Maladies des nouveau-nés*. 1862, p. 516.

De cualquiera manera que se explique la accion de los vicios escrofulosos, herpético, artrítico, y de la misma sífilis sobre el intestino, no se puede menos de admitir una variedad de enteritis que se puede llamar *escrofulosa*, *herpética*, *artrítica*, *sifilítica*, y contra la cual no hay tratamiento específico: se podrá recurrir al tratamiento general de estas enfermedades, de que nos ocupamos en los artículos HERPES, ESCRÓFULA, GOTA, REUMATISMO, SÍFILIS. En estos casos es preciso observar escrupulosamente las reglas higiénicas que dejamos indicadas, y la medicacion hidro-mineral principalmente, tiene gran importancia; así como los baños de mar, las aguas sulfurosas de *Cauterets*, de *Bagneres*, de *Aix en Savoie*, para las personas afectadas de la diatesis escrofulosa, dartrosa, herpética; y las de *Contrexéville* y de *Vichy*, para los reumáticos.

Por lo demás, el tratamiento farmacéutico será el que hemos recomendado para los tuberculosos atacados de diarrea crónica; los opiados antes de comer; los astringentes, ratania, colombo, subnitrato de bismuto y diascordio, tambien antes de la comida; y al exterior, sobre el abdómen, los excitantes, revulsivos cutáneos, como el aceite de croton: si mas tarde el enfermo se debilita, los ferruginosos, los tónicos y las aguas gaseosas mezcladas con vino viejo á las horas de comer.

ARTÍCULO IV.

DIARREA.

La diarrea no es mas que un síntoma que en rigor podiamos prescindir de ocuparnos de él para hacerlo en las enfermedades en que se observa; sin embargo, diremos algo por la variedad de diarrea, que no se puede referir á ninguna lesion orgánica. En efecto, solo trataremos de la *diarrea idiopática* ó *diarrea catarral* de algunos autores, pues la diarrea sintomática ya ha sido descrita ó deberá serlo mas adelante al tratar de las enfermedades, de que es solo un simple síntoma. Ahora bien, ¿hay realmente una diarrea idiopática, es decir, que existe faltando toda la inflamacion? De ningun modo se halla demostrado. Las ideas que se habian formado acerca de los diversos catarros, se han modificado singularmente en estos últimos tiempos, y se ha visto que las afecciones llamadas catarrales, y particularmente el catarro por excelencia, el catarro bronquial, están á no dudarlo ligadas con una inflamacion, que por ser superficial, no por eso es menos vérdadera. Acaso se dirá que en ciertas diarreas es sumamente corta la duracion de la enfermedad, y que los síntomas son tan leves, que no denotan de ningun modo la inflamacion; esto es lo

que principalmente se observa en la diarrea, á la que se ha dado el nombre de *diarrea nerviosa*. Pero cuando en la superficie de las mucosas que están á la vista se ve que una irritacion pasajera da lugar á flujos mas ó menos abundantes, ¿no se puede admitir que lo mismo sucede en el interior del conducto intestinal? Por lo demás, todo depende del modo de resolver una cuestion subsidiaria, á saber: ¿Dónde empieza y dónde acaba la inflamacion? Cuestion muy difícil que no pretendo resolver en este lugar.

De cualquier manera que se consideren las cosas, siempre sucede que en muchas circunstancias, y principalmente á consecuencia de vivas emociones, se ve sobrevenir, ya despues de algunos dolores abdominales, ya solo despues de algunos borborigmos, cámaras líquidas mas ó menos numerosas, comunmente abundantes, y que son casi el único síntoma de la afeccion leve de que se trata. Estos fenómenos son de muy corta duracion, y todo entra en órden, sin que por lo regular sea necesario ningun otro tratamiento.

En cuanto á las demás diarreas idiopáticas admitidas por algunos autores, como la *diarrea de los niños* y la *diarrea asténica*, de ningun modo se halla probada su existencia, y así no me detendré en ellas. Solo quedan las *diarreas críticas*, sobre las cuales tampoco tenemos mas que datos muy poco exactos, de los que diré algunas palabras al tratar de la enterorrea.

Diarrea intermitente.—El doctor Millet (1) ha referido un caso de diarrea serosa, que se reproducia todas las noches á las dos, y que se cortó despues de seis accesos con el sulfato de quinina.

Si en la diarrea idiopática fuesen las deyecciones muy numerosas, y si se prolongase la afeccion, bastaria para hacer desaparecer los síntomas, prescribir el *agua de arroz* ó el *agua albuminosa*, *algunos astringentes*, y administrar una ó dos *lavativas laudanizadas*.

El doctor Bertin (2) ha llegado á dar el *tanino* hasta 50 ó 75 centígramos y aun hasta un gramo, repetidas dos veces al dia, sin ningun inconveniente, y al efecto cita doce casos de diarreas rebeldes que cedieron completamente á este medio. En dos de estos casos complicados con disentería, ésta se curó tambien perfectamente. El doctor Levrat-Perroton (3) cita tres casos de diarrea rebelde á los opiados y á los emolientes, curados por la *centumnodia* ó *polígono avicular (poligonum aviculare)*.

El doctor Lavirotte (4) recomienda el *aceite de nafta*. Segun él, se puede emplear el de nuestras boticas, aunque sea de calidad inferior. Este medicamento es considerado casi como un específico por los médicos rusos del Cáucaso.

(1) Millet, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, Agosto, 1844, p. 62.
(2) Bertin, *Giornale delle Soc. med. di Torino*, cité dans la *Gazette médicale de Montpellier*. Abril, 1846.
(3) Levrat-Perroton, *Journal de médecine de Lyon*, 1843.
(4) Lavirotte, *Gazette des hôpitaux*, 1849.

En otro tiempo se recomendaba la *potentila* para combatir la diarrea. El doctor Bonnard (1) ha llamado de nuevo la atencion de los médicos sobre esta planta indígena, y ha citado un caso en el que se contuvo una intensa diarrea en cuarenta y ocho horas por la potentila administrada del modo siguiente:

R. Potentila anserina. de 8 á 15 gram. | Agua............ 1000 gram.

Cuézase durante diez minutos. Se toma durante el dia.

A los prácticos corresponde experimentar esta sustancia.

Rayer aconseja contra la diarrea crónica la mezcla siguiente:

R. Sub-nitrato de bismuto.................... | aa partes iguales.
Carbon vegetal en polvo.................... |

Se toma á la dósis de 20, 30 y 40 centígramos al dia, divididos en varios papeles.

Solo la experiencia nos puede manifestar cuál es la verdadera eficacia de este remedio.

El doctor Nevins (2) usa la *nuez vómica* á la dósis de 75 milígramos por dia en la diarrea crónica. Pero como la asocia con otros medicamentos activos, y especialmente con el ópio y el carbonato de hierro, no se puede deducir nada de los hechos que refiere.

Boisseuil (3) cita un caso en que el *agua de cal* dada á la dósis de una tercera parte de taza, mezclada con otras dos de leche, dos veces al dia, ha curado una diarrea crónica muy pertinaz.

Diarrea coleriforme de los niños pequeños.—Cuando los síntomas son muy graves y amenazan la vida de los niños en esta especie de diarrea, Trousseau aconseja los *baños de mostaza*, que hace tomar de la manera siguiente: Se pone en una servilleta 500 gramos (una libra) de harina de mostaza, que deslie en agua fria, despues ata la servilleta de suerte que forme una especie de muñeca en la cual esté colocada la harina, y en fin, se la tuerce y comprime hasta que se ponga el agua amarilla. Conviene desleir la harina en agua fria, porque entonces se desenvuelve en mayor cantidad el aceite esencial de mostaza. Sostenido el niño por la nodriza ó por cualquier otra persona, se le mete en el baño, y bien pronto empieza á sentir la accion irritante de la mostaza, que la persona que tiene el niño siente tambien; cuando el escozor es insoportable para ella, se debe sacar

(1) Bonnard, *Union médicale*, Agosto, 1849.
(2) Nevins, *London medical Gazette*, 1848.
(3) Boisseuil, *Journal de médecine de Bordeaux*, Julio, 1846.

el niño, envolverle en una manta de lana y darle jarabe de éter á cucharadas de café.

ARTÍCULO V.

DISENTERÍA.

La disentería es una afeccion conocida desde la mas remota antigüedad, de la cual habla Hipócrates en muchos pasajes de sus obras (1), y que despues de él ha sido estudiada por infinitos autores. Para comprender bien cuánto se habrá escrito sobre esta enfermedad, bastará decir que en el Tratado de Medicina práctica de José Frank, ocupan mas de treinta páginas los nombres de los autores y los títulos de sus obras. Entre estas innumerables investigaciones, indicaremos como las mas célebres las de Sydenham, Zimmermann (2), Stoll (3), Pringle (4) y en estos últimos años, las relaciones de epidemias de Trousseau y Parmentier (5), de Thomas, de Tours (6), de Masselot y Follet (7), de Delioux de Savignac (8), de Dutroulau (9), y las investigaciones de anatomía patológica de Gély (10). El doctor Colin ha dado (11) una buena descripcion de una epidemia de disentería que ha reinado al fin de 1846 en el Hotel-Dieu, en la clínica de Louis.

A pesar de tan numerosas investigaciones, quedan aun envueltos en dudas y oscuridad muchos puntos de la historia de la disentería. Todavía no se está de acuerdo acerca de la naturaleza de la enfermedad, ni de las lesiones anatómicas que la caracterizan, sin que hayan podido resolver todas estas dificultades los minuciosos estudios á que han permitido entregarse en estos últimos tiempos los progresos de la anatomía patológica. Ya veremos en el discurso de este artículo, cuáles son las opiniones que parecen mejor fundadas.

Se ha dividido la disentería en muchas especies que en el con-

(1) Hippocrate, *Œuvres d'Hippocrate*, trad. par Littré: *De l'air, des eaux et des lieux; Des épidémies; Du régime.*
(2) Zimmermann, *Traité de la dysenterie.* París, 1787, en 12.°
(3) Stoll, *Ratio medendi*, t. III, p. 247.
(4) Pringle, *Maladies des armées, dans les camps et les garnisons.* París, 1793, en 12.°
(5) Trousseau et Parmentier, *Archives génér. de médecine*, 1.ª série, t. XIII et XIV.
(6) Thomas (de Tours), *ibid.*, 2.ª série, t. VII, VIII et IX.
(7) Masselot et Follet, *ibid.*, 4.ª série, 1843, t. I, p. 434; t. II, p. 51 et 147.
(8) Delioux de Savignac, *Traité de la Dysenterie.* París, 1862.
(9) Dutroulau, *Maladies des Européens dans les pays chauds.* París, 1861.
(10) Gély, *Journal de médecine de la Loire-Inférieure*, 1838.
(11) Colin, *Archives génér. de médecine*, 1848, t. XVI, p. 422.

cepto de los autores son de la mayor importancia; pero se advertirá bien pronto que son defectuosas la mayor parte de las divisiones que se han propuesto, porque aquellos han confundido con el nombre de *disentería* enfermedades muy diversas, sin mas razon que la de haber un *flujo de vientre* mas ó menos abundante. Esto es lo que se nota principalmente en la division de Stoll, que trató de establecer seis especies de disentería. Pero baste decir que en el dia no se reconocen mas que la *disentería infebril* y la *febril*, la *disentería aguda* y la *crónica*. Sin embargo, es preciso añadir á esta division la distincion de la enfermedad en *esporádica y epidémica*, que es muy importante.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

En el estado actual de la ciencia no es posible definir la disentería por su naturaleza ni por las lesiones anatómicas á que da lugar; asi es que nos limitaremos, como hacen los autores, á exponer sus principales síntomas. La disentería es una afeccion caracterizada por deyecciones numerosas con dolores de vientre mas ó menos vivos y expulsion de materias mucosas, mucoso-sanguinolentas, y á veces de sangre. Todavía hay algunos otros síntomas que no carecen de interés, pero que es inútil enumerarlos aquí porque los que se acaban de mencionar son suficientes para caracterizar la enfermedad.

La disentería ha sido designada con los nombres de *tormina, fluxus dyssentericus, cruentus, torminosus; rheuma ventris, febris dyssenterica, flujo de sangre, colitis aguda, etc.* La palabra *disentería* que nada prejuzga acerca de la naturaleza de la enfermedad, es la mas conveniente, puesto que aun no está bien determinada esta naturaleza.

La disentería leve é infebril se observa *frecuentemente* en el estado esporádico; pero no sucede lo mismo con la disentería grave que por el contrario se manifiesta todavía con mayor frecuencia en el estado epidémico. Las epidemias de disenterías son quizá las *mas frecuentes* de todas, pues la mayor parte de los autores citados han emprendido sus investigaciones en algunas de estas epidemias observadas en parajes muy diferentes.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—Hé aquí como se expresa acerca de este punto el doctor Ozanam (1), que ha reunido las principales historias de epidemias: «Segun las relaciones que acabamos de presentar, vemos que la disentería se manifiesta en todos los climas y

(1) Ozanam, *Histoire des maladies épidémiques*. Lyon, 1835.

en cualquier estacion, y que no respeta ninguna edad, sexo ni condicion, de suerte que es imposible asignarle una causa primordial bien determinada.»

Hé aquí, sin embargo, lo que mas bien por impresiones generales, que por investigaciones rigurosas, nos dicen los autores acerca de las causas predisponentes. No resulta patentemente de los hechos que una *edad* esté mas predispuesta que las demás á la disentería: pues si se ha visto en ciertas epidemias que los niños ó los ancianos son mas fácilmente atacados, estos son hechos excepcionales sobre los cuales no se puede establecer una regla general. Tampoco podemos decir nada de positivo respecto á la influencia del *sexo*.

Generalmente se cree que los sugetos que padecen una *afeccion antecedente* y cuya *constitucion* se halla mas ó menos *deteriorada*, contraen fácilmente la disentería. Sin negar nosotros la posibilidad del hecho, diremos que muchos de los autores que defendieron esta opinion y en especial Fallot (1), han incluido bajo el título de disentería muchas afecciones diferentes y en particular simples enteritis.

¿Predisponen á la disentería un *régimen* irritante, los *excesos* y el *abuso de los purgantes*? Esto es lo que no se ha demostrado. Tampoco sabemos mas á cerca de la influencia del *temperamento*, y solo fundándose en simples hipótesis ó en hechos excepcionales se ha podido admitir la *trasmision hereditaria* de la disentería.

Climas.—Todos los autores estan conformes en que el clima tiene grande influencia. Las regiones *intertropicales* son los países en que principalmente se observa esta enfermedad en el estado endémico, y en donde son mas frecuentes las epidemias.

Dutroul'au (2) opina que no es exclusivamente en la meteorología de los paises cálidos en donde está la causa de la enfermedad, sino muy especialmente en las localidades y en sus condiciones topográficas, «allí en donde el terreno es accidentado, mas ó menos elevado é inclinado, á propósito para que le recorran las aguas.» La meteorología contribuye tambien para el desarrollo de la disentería. «Influencia general del clima con accion notable de la meteorología durante la estacion de lluvias y al concluir esta: las emanaciones del suelo: accion lejana predisponente ejerciéndose por las modificaciones fisiológicas que crean la inminencia mórbida por lo que se refiere al organismo humano.» Delioux de Savignac (3) está menos terminante.

Estaciones.—En vista de lo que precede, y atendiéndonos á la opinion de Ozanam, las estaciones no deberian tener gran influencia. Sin embargo, se han observado al *principio del otoño* un gran

(1) Fallot, *Mémoire sur une dysenterie épidémique observée à l'hôpital militaire de Namur dans l'hiver de* 1831 *à* 1832 *(Archives génér. de médecine*, t. XXIX, p. 293, 486).
(2) Dutroulau, *Maladies des Européens dans les pays chauds*. 1861, p. 444.
(3) Delioux de Savignac, *Traité de la dysenterie*. 1863, p. 12.

número de epidemias que se prolongaron durante el *invierno*, atribuyéndose el desarrollo de la enfermedad al transito rápido del mucho calor al frio húmedo.

A los lados de Francia, las epidemias de disentería se desarrollan con preferencia durante la estacion del calor, ya en el estío ya en el otoño.

Respecto á las *localidades* y *profesiones*, me limitaré á decir que los datos que tenemos sobre estos diversos puntos, son del todo insuficientes. Pero Masselot y Follet no han encontrado en estas condiciones cosa alguna que pudiese explicar la enfermedad epidémica que reinó en Versalles en 1842.

2.° *Causas ocasionales.*—Se deben dividir estas causas en las que producen epidemias y las que dan lugar á casos aislados de disentería.

Ya hemos visto mas arriba que se ha considerado como la principal causa de las epidemias, el *tránsito de una temperatura muy elevada* á una *temperatura fria y húmeda*. No obstante, algunos autores han creido que se deberían atribuir mas bien al *calor húmedo*. En fin, se consideran como muy apropiados para producir la afeccion, los *cambios repentinos de temperatura*, el enfriamiento, la supresion de la traspiracion, y así es como se explica su estado endémico en las regiones intertropicales.

Tambien se han citado como *causas ocasionales de las epidemias*, las *grandes fatigas* experimentadas por los cuerpos de ejército, la *alimentacion insuficiente*, el abuso de alimentos fuertemente condimentados, de frutas verdes, los excesos de los alcohólicos y, sobre todo, del aguardiente de caña (Dutroulau Delioux), agua fresca en mucha cantidad, el uso de los *frutos* llamados *frios*, las *pasiones tristes*, el *terror:* en una palabra, todo lo que tiende á debilitar profundamente la economía; pero á ninguna se ha dado tanta importancia como á las *exhalaciones miasmáticas*. Se han citado un gran número de hechos que tienden á probar que las emanaciones de los *cuerpos en putrefaccion*, es decir, el miasma animal, producen la disentería, aun con un carácter epidémico. Todos saben el hecho referido por Desgenettes, de haberse desarrollado una epidemia en el Cairo, por las emanaciones miasmáticas que despedia el cuerpo de un animal en putrefaccion. Es probable que Masselot y Follet han ido quizá mas lejos que todos los autores que les han precedido, atribuyendo la enfermedad á un verdadero envenenamiento por *efluvios pantanosos*.

Delioux de Savignac (1) no admite la opinion de Desgenettes y cree al contrario que de todas las enfermedades producidas por los miasmas, la disentería es la mas excepcional. *Masselot y Follet* opinan que tal aserto no está demostrado de un modo concluyente.

(1) Delioux de Savígnac, *Traité de la dysenterie*, 1863, p. 21.

En cuanto á *las causas acasionales que producen la enfermedad en casos aislados* ó que durante el curso de una epidemia la determinan en los diversos indivíduos, no se diferencian sensiblemente de las que se acaban de enumerar: así, pues, los excesos, los irritantes del conducto digestivo, las pasiones tristes, la inspiracion de las materias pútridas, el uso de frutas verdes, una alimentacion insuficiente, etc., pueden ocasionar una disentería esporádica, ó bien existiendo la epidemia, producir la enfermedad en un sugeto, que sin la accion de estas causas no hubiera quizá sido atacado. Muchos son los ejemplos de indivíduos acometidos de disentería, por haber asistido á una exhumacion hecha sin precaucion, á la abertura de pozos de inmundicia, á la diseccion de un cadáver que exhalaba un olor pútrido, etc.

Contagio.—Como contagionistas citaremos á *Lind*, *Pringle*, *Zimmermann*, *Pinel*, *Perey*, *Desgenettes*, *Delioux de Savignac*, *Potel*, quienes sostuvieron con brillantez el contagio (1).

Para algunos médicos nada hay mejor demostrado; mas por el contrario, para otros no existe esta causa, ni aun en los casos de epidemia, y entonces no hay mas que una simple *infeccion*. Todavía no son generalmente bastante exactas las observaciones para que se pueda pronunciar un fallo decisivo sobre este punto; sin embargo, hay cierto número de hechos que tienden á probar la existencia del contagio, á lo menos en ciertos casos particulares; así es como se asegura que se han visto que algunos sugetos contraen la disentería por haberse sentado en un servicio que contenia materias excrementicias expelidas por un disentérico. ¿No habrá en todos estos casos una accion semejante á la que producen los cuerpos en putrefaccion? Tambien se ha observado que esta enfermedad podia ser importada por los enfermos á un lugar á donde antes no existia, y comunicarse con rapidez. Sirva de ejemplo el hecho siguiente referido por Fallot: Unos soldados que venian del hospital de Lovaina introdujeron en el hospital de Namur la disentería; la cual contrajeron otros enfermos pero sin traspasar los límites del hospital.

Delioux de Savignac (2), ha recogido muchos hechos que no le dejan la menor duda.

Epidemias.—Cualquiera que sea la opinion que se haya creido deber adoptar (y esto importa poco en la práctica), relativamente al contagio ó á la infeccion, no se podrá menos de reconocer que la disentería se puede observar epidémicamente, siendo en tal caso una de las enfermedades mas graves. Frecuentemente la disentería ataca á la vez á un gran número de personas; y no basta la constitucion médica para explicar el desarrollo de esta enfermedad á un mismo tiempo en tantos indivíduos presentando idénticos caractéres, cosa

(1) Potel, thèse inaugurale, 1831.
(2) Id., *ibid.*, p. 51.

que sugiera la idea de considerarla como un hecho especial producido por un agente mórbido análogo al que engendra el tifus y otras enfermedades infecciosas.

De la asimilacion entre la disentería y las enfermedades infecciosas resulta, que hay que admitir: 1.° forma epidémica; 2.° enfermedad desarrollándose particularmente en las grandes reuniones de hombres, sobre todo, cuando tienen lugar en sitios aislados; 3.° formacion de fosos con irradiacion lejana.

§ III.—Clasificacion y síntomas.

Para hacer la descripcion de la disentería no es conveniente dividir esta afeccion en esporádica y epidémica; pues si bien es cierto que esta enfermedad adquiere por lo regular una violencia extraordinaria en las epidemias, y que en el estado esporádico presenta casi siempre un carácter de benignidad, no es dudoso que algunos casos aislados son á veces tan intensos como los epidémicos, y que por el contrario, se encuentran en las epidemias casos tan leves como los de la disentería esporádica.

La disentería no se presenta siempre con los mismos síntomas; así es que el predominio de algunos de ellos ha sugerido diversas clasificaciones. Zimmermann (1) admite cuatro especies principales: la primera se acompaña de *fiebre inflamatoria;* la segunda de *fiebre biliosa ó pútrida* y es la mas comun; la tercera de *fiebre maligna*, y la cuarta es la de *forma lenta ó crónica.*

Stoll (2) no puede concebir la disentería sin reumatismo intestinal, admitiendo seis formas: 1.ª disentería reumatismal simple, sin complicaciones; 2.ª disentería reumatismal biliosa simple; 3.ª disentería reumatismal biliosa febril; 4.ª disentería pútrida; 5.ª disentería inflamatoria; 6.ª disentería reumática.

Trousseau (3) está casi conforme con la clasificacion de Stoll, pues hace una clase de la forma biliosa y añade una sexta forma que llama intermitente palustre.

Cornuel (4) en una Memoria interesante acerca de la disentería que reinó en la Guadalupe en 1837, ha distinguido las especies siguientes: *disentería gangrenosa y mucoso-sanguinolenta, disentería biliosa y disentería serosa.*

Delioux de Savignac (5) admite ocho formas, que son la simple ó catarral, inflamatoria, biliosa, tifoidea, gangrenosa, hemorrágica, perniciosa, reumatismal y crónica.

(1) Zimmermann, *De la dysenterie.*
(2) Stoll, *Ratio medendi.*
(3) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* 1865, t. III, p. 157.
(4) Cornuel, *Memoire sur la dysenterie observée à la Basse-Terre* (*Guadeloupe*). (*Mém. de l'Acad. royale de médecine*, París, 1842, t. VIII, p. 100 et suiv.)
(5) Delioux, *Traité de la dysenterie*, p. 132.

Por consiguiente, es mejor dividir la afeccion en *febril* é *infebril*; porque se puede decir sin temor que los signos de reaccion marcan á lo menos en cierta época de la enfermedad la medida de la violencia del mal, pero nosotros damos la preferencia á la clasificacion de Delioux de Savignac.

1.° *Disentería no febril.*—Esta especie de disentería es la que algunos autores han descrito con el nombre de *benigna*, y es la que se observa casi siempre, como he dicho mas arriba, en los casos de disentería *esporádica*. Sus síntomas se parecen mucho, como ya viene indicado, á los de la enteritis simple. Por lo comun empieza por dolores y retortijones de vientre, seguidos bien pronto de dolores mas intensos en el trayecto del cólon, y de una necesidad urgente de deponer. Estos dolores de vientre y estas deyecciones se repiten con intervalos regularmente cortos, y bien pronto sobreviene el síntoma, á que se ha dado el nombre de *tenesmo*. Los enfermos experimentan la necesidad de obrar, sienten pujos por lo comun hácia la parte inferior del intestino grueso, y si se sientan en el servicio, hacen esfuerzos fatigosos y dolorosos sin conseguir expeler materia alguna.

Las *materias* expelidas son al principio fecales y líquidas. Algunas veces contienen porciones de alimentos mal digeridos; pero mas adelante es solo un *moco sanguinolento*, viscoso, y á veces espumoso. En ciertas ocasiones tambien se encuentran en las materias excrementicias *pedazos seudo-membranosos*, acerca de cuya naturaleza me explicaré mas adelante; pero es preciso decir que es muy rara esta circunstancia en los casos de que se trata.

No hablaré de otros muchos síntomas que se han atribuido á esta especie de disentería, porque pertenecen exclusivamente á aquella de que vamos á hablar en seguida, y me limitaré á añadir, que una *debilidad* mas ó menos grande, cierta *sensibilidad al frio*, un *pulso* normal ó un poco débil y tardo, son los únicos *síntomas generales* que acompañan á esta ligera afeccion.

2.° *Disentería febril.*—Esta forma es la que se manifiesta casi exclusivamente durante el curso de las epidemias. Se la ha llamado *disentería maligna*, *grave*, etc. En efecto, solo se distingue de la precedente por la diferencia de intensidad de los síntomas. Sin embargo, Masselot y Follet han dicho que no habia reaccion en los casos muy graves; pero esta asercion, que se halla desmentida por un considerable número de observaciones, no ha sido sin duda emitida por estos dos apreciables observadores, sino porque han examinado los enfermos en una época demasiado avanzada. En efecto, se ven en su Memoria casos de suma gravedad que fueron acompañados de un movimiento de reaccion manifiesto, y tambien se advierte que en cierto número de enfermos se olvidaron examinar los síntomas generales.

Invasion.—El principio de la afeccion es muy diferente, segun los casos. Unas veces empieza la disentería por los síntomas locales, y

otras, estos no sobrevienen sino despues de síntomas generales mas ó menos intensos y de diversa duracion. En este último caso se observa alguna cefalalgia, sed, algunas veces vómitos, frecuencia de pulso, aumento de calor, y despues aparecen los dolores de vientre y se presenta la disentería con todos sus caractéres. En los casos de suma gravedad, los enfermos pasan muy pronto del estado de salud á un estado morboso muy grave, porque los síntomas generales y los locales han sobrevenido simultáneamente con excesiva prontitud; á veces bastan síntomas locales muy violentos para producir este efecto. Esta especie de *invasion fulminante* casi no se observa mas que en las epidemias.

Síntomas.—Los *dolores de vientre* son con frecuencia de extremada violencia, y ocupan toda la extension del vientre, pero principalmente el trayecto del intestino grueso; síguenlos muy pronto *deposiciones líquidas* como en la forma precedente; pero se hacen mas rápidamente mucosas, mucoso-sanguinolentas, y á veces muy teñidas de sangre, principalmente cuando es muy marcado el *tenesmo*. Se han visto enfermos que hacian ciento y doscientas deposiciones, sufrir retortijones sumamente violentos y no expeler mas que una corta cantidad de *materias viscosas* perfectamente mezcladas con un poco de sangre. Tambien hay *dolores* mas ó menos vivos en el *ano*; el enfermo experimenta la sensacion de un cuerpo extraño en la parte inferior del recto, ó bien una sensacion de escozor, que puede llegar hasta una sensacion de quemadura.

En estos casos es cuando se encuentra en las deyecciones *esos copos*, esos *pedazos seudo-membranosos*, que algunas veces presentan la forma del intestino, y que han hecho creer que se habia expelido una parte del mismo, ó á lo menos de su membrana interna. Ya volveré á hablar sobre este punto al tratar de la *anatomía patológica*, concerniente á esta afeccion.

Solo en una época avanzada de la enfermedad, y luego que esta ha adquirido cierto carácter de cronicidad, es cuando se encuentra verdadero *pus* en las deyecciones, y aun entonces conviene advertir que esta materia no se halla tan frecuentemente como han pretendido algunos autores. Masselot y Follet, que han fijado su atencion en este punto, no han visto arrojar pus por cámaras mas que en un solo caso; pero este era muy notable, puesto que el pus salia, por decirlo así, involuntariamente.

En los demás órganos, nada se observa que tenga relacion con la violencia de estos síntomas concentrados en el abdómen. La inapetencia, la sed, regularmente intensa, la dificultad mayor ó menor de respirar, ocasionada principalmente por la ansiedad que producen los dolores de vientre, tales son los síntomas orgánicos propios de la disentería.

Los *síntomas generales* son por el contrario numerosos y muy intensos. La *piel*, que en un principio está *caliente*, se pone luego

fria, especialmente en las extremidades, cuando la enfermedad hace grandes progresos. Ordinariamente está *seca*, y á veces *rugosa*, y solo en la disentería algo intensa se observan los *sudores* mas ó menos abundantes de que hemos hablado en la *enteritis aguda*. El *pulso*, que es frecuente al principio, se hace ordinariamente duro, despues pequeño, filiforme y miserable, y unas veces conserva su frecuencía ó la adquiere mayor, y otras se pone mucho mas lento. Lo mismo sucede con los *latidos del corazon*, que nada ofrecen de particular.

La *cara*, que en los primeros momentos manifestaba por su expresion violentas angustias, lleva marcado el sello del desaliento y del abatimiento. Las facciones se afilan, los ojos se ponen lánguidos y apenas se entreabren con dificultad. A veces cambia esta expresion y se contraen momentáneamente las facciones, porque ha venido un retortijon; pero inmediatamente despues vuelve la misma expresion de abatimiento. En los últimos momentos la cara toma el aspecto á que se ha dado el nombre de *cara hipocrática*.

Las *fuerzas* se abaten pronto en la disentería, y hácia el fin de la enfermedad, cuando debe terminarse por la muerte, los enfermos toman esa actitud de abandono que hace que si se los incorpora en la cama, sea menester sostenerlos.

La *sensibilidad al frio* sigue progresando; así es que los enfermos se hacen un ovillo para calentarse, y por lo comun caen en un estado de *soñolencia* frecuentemente interrumpida por retortijones de vientre y la necesidad de deponer.

Sin embargo, en medio de estos síntomas tan graves, permanece íntegra la *inteligencia*, y si los sugetos parecen indiferentes á lo que pasa á su alrededor, es mas bien á consecuencia del abatimiento de las fuerzas y del aniquilamiento que resulta de padecimientos tan vivos, que por que se hallen debilitadas sus facultades intelectuales. En fin, el *enfriamiento* hace progresos, la circulacion y la respiracion se entorpecen de cada vez mas, y los enfermos mueren sin presentar una verdadera agonía ó despues de una muy corta.

En los casos que se terminan por la curacion, empiezan á disminuir los dolores de vientre y las deyecciones, y despues se hacen notablemente menos frecuentes y menos intensos. En seguida se observan algunas porciones de materias fecales envueltas en moco; el calor vuelve, el pulso se desarrolla y los enfermos entran ordinariamente en una convalecencia que por lo comun es muy rápida.

Uno de los puntos que merecen llamar la atencion del médico, es el estado de las funciones digestivas: en los enfermos en que se presenta la forma aguda, febril, epidémica y verdaderamente infecciosa, no hay tiempo ni medios de modificar el estado de las digestiones, y la dieta es la indicada. No sucede así cuando la forma de la enfermedad es sub-aguda ó crónica, y mediana su intensidad, siendo entonces muy importante saber si el enfermo digiere. Lo mas comun

es que no haya únicamente enteritis con deposiciones muco-sanguinolentas; se observa la diarrea lientérica por falta de digestion, ó al menos por disminucion muy notable de las facultades digestivas, atravesando el intestino los alimentos sin ser modificados como deben serlo. Estos casos son rebeldes, y el médico debe tratar de encontrar el alimento de mas fácil digestion ó que mejor sea tolerado. Cuando la terminacion del grueso intestino es la sola atacada y modificada por la enfermedad, entonces las digestiones se hacen bien y las materias fecales son casi duras, al mismo tiempo que hay deposiciones sanguinolentas. La dispexia diarréica prolongada y la pérdida de sangre, suelen llevar á los enfermos á un estado de anemia pronunciada.

Complicaciones.—Con Delioux (1) admitimos una sola especie de disentería; las formas varían, pero la enfermedad es una; el génio mórbido es siempre el mismo. No confundiremos las formas con las complicaciones, porque las primeras dependen de una modalidad en las lesiones anatómicas fundamentales, y las segundas consisten en la union de otras lesiones, á las cuales se añade la de la disentería.

Con Delioux de Savignac reconocemos dos variedades de complicaciones: A., las de forma aguda; B., las de forma crónica.

A. En las Antillas, en el Senegal, allí en donde la hepatitis es endémica, se observa muy frecuentemente la disentería complicada con la inflamacion del hígado. El doctor Cambay (2) ha descrito una *disentería hepática*, es decir, una disentería que va acompañada de una inflamacion del hígado. Este autor ha observado que esta especie de disentería puede presentarse de tres maneras diferentes. En la primera, la disentería existe principalmente, y da orígen á la afeccion del hígado ó es seguida de ella; en la segunda, la afeccion hepática preexiste y causa consecutivamente la disentería, y finalmente, en la tercera, las dos enfermedades nacen simultáneamente, y es imposible reconocer cuál de las dos ha precedido á la otra.

Esta complicacion es rara en los países templados, y si no hay hepatitis, absceso del hígado, puede existir una congestion hiperémica, que es siempre una complicacion séria.

La *fiebre tifoidea* es una complicacion poco comun de la disentería, y que Delioux casi rechaza. Sin embargo, esta complicacion ha sido observada por Trousseau y Parmentier (3), por Bretonneau, por Colson (4).

(1) Delioux de Savignac, *ouvrage cité*, p. 53.

(2) Cambay, *De la dysenterie et des maladies du foie qui la compliquent*. París, 1847.

(3) Trousseau et Parmentier, *Mémoire sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans le département d'Indre-et-Loire en* 1826 (*Archives de méd.*, 1.ª série, t. XIII y XIV.)

(4) Colson, *Rapport sur les maladies qui ont régné sur l'établissement pénitentiaire de l'Ilet-la-Mère* (Guyane française), 1853-1854. Thèse de Montpellier, 1855.

Stoll, en virtud de sus ideas acerca de la naturaleza reumatismal de la disentería, cree posible la metastasis sobre los *órganos respiratorios*, opinion dudosa por lo que se refiere á la forma aguda, no pudiendo decirse otro tanto de la forma crónica.

Victor Bigot (1) ha visto en la India complicarse tres casos de *cólera* con disentería aguda.

Es muy discutible la complicacion del *escorbuto*, admitida por ciertos autores, á pesar de que no pueda confundirse la diarrea sanguinolenta del escorbuto con la disentería. No obstante, médicos de la Marina, creen de buen grado que la disentería puede favorecer la aparicion del escorbuto.

Varias *erupciones* fueron observadas en el curso de la disentería, y se ha querido hacer de esta complicacion una especie particular, distinguiéndola con el nombre de disentería *exantemática*, *erisipelatosa*, *miliar*, *papulosa*, etc.; pero las investigaciones de otros autores no han confirmado esto, y creen que tales casos no son otra cosa mas que simples coincidencias. No sucede lo mismo con la disentería *reumatismal* y *verminosa*. Notamos, en efecto, que en casos de epidemia, en que por consiguiente han sido atacados de la enfermedad un gran número de indivíduos en muy diversas condiciones, se han comprobado estas complicaciones que dan lugar á especies distintas. Mayne (2) observó en una epidemia de disentería que reinó en Irlanda, complicaciones que hasta entonces no habian sido marcadas, la produccion de una *inflamacion de las venas de los miembros inferiores*, presentándose la forma adesiva cuando la enfermedad era crónica, y la forma supurativa durante el período de agudeza: una segunda complicacion fué la *hidropesía de los órganos parenquimatosos ó de las membranas serosas*, en particular de la aracnoides; y en fin, una complicacion mas curiosa todavía y que se mostró en casos muy antiguos, ha sido la aparicion de una salivacion intermitente sin fetidez de aliento, sin vacilacion de los dientes, alternando con síntomas cerebrales é intestinales.

Muchos autores, y en particular Torti (3), Morton (4) y P. Frank (5), han insistido sobre esta especie particular, fundándose en que las epidemias de disentería han coincidido con epidemias de fiebres intermitentes, y en que los febricitantes parece que contrajeron la enfermedad mas fácilmente que los demás. Muy recientemente todavía, como hemos visto poco hace, Masselot y Follet han indicado esta coincidencia que era muy notable en la epidemia que han descrito, y aun han llegado hasta mirar como idénticas la causa de la disentería

(1) V. Bigot, *Essais d'une classification de la dysenterie*. Thèse de París, 1861.
(2) Mayne, *Dublin quartely Journal of medicine*, t. X, p. 352.
(3) Torti, *Therapeutica specialis ad febres periodicas perniciosas*.
(4) Morton, *Opera médica*.
(5) P. Frank, *Traité de médecine pratique*, trad. par Goudareau. París, 1842, tomo I, p. 611.

y de la fiebre intermitente. Artigues (1), Empis (2), Gestin (3), Lebozec (4), Delioux de Savignac (5), han admitido esta forma de disentería con algunas variantes en sus opiniones; los unos no ven mas que una afeccion intermitente coleriforme, los otros la consideran como una especie particular. Trousseau (6) admite una forma intermitente ligera que se observa en localidades en donde existen las fiebres palúdicas.

B. Las complicaciones de la forma crónica no se observan mas que en los países cálidos; sin embargo, alguno que otro caso se ve en nuestros climas.

Las enfermedades agudas del hígado son excepcionales, y no sucede lo mismo con la *cirrosis*, que aunque rara, parece exclusiva de la forma crónica.

Las caquexias disentéricas y *palúdicas* pueden complicarse la una con la otra y agravarse naturalmente: la primera parece subordinada á la segunda.

La complicacion *escorbútica* es mas frecuente en esta forma que en la aguda, cosa que no pasa en el *cólera*, al cual predispone el escorbuto.

Por parte de los órganos respiratorios se observa á menudo la *bronquitis crónica* y la *tuberculizacion pulmonal*. En esta forma la metastasis puede manifestarse sobre el pecho por dolores pleuríticos y por pleurodinias.

Las complicaciones *reumatismales* son muy comunes, y las hemos observado en las articulaciones de la rodilla y de la espalda: la fluxion articular es pasajera lo mas frecuentemente, algunas veces permanente, profunda, y da lugar á derrames considerables.

Delioux de Savignac ha citado la *ascitis* y la *hipertrofia del bazo*, cuando hubo complicacion palúdica; la *anemia* y la *peritonitis*.

Por lo tanto, me limitaré á indicar como complicaciones de la disentería, las enfermedades de los diversos órganos abdominales, tales como las *hemorroides*, las *anginas*, etc., y sin embargo, todo induce á creer que no hay en los casos de esta especie mas que simples coincidencias.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de la disentería infebril, así como el de la febril, es por lo comun muy rápido y contínuo. En algunas horas ó en muy pocos

(1) Artigues, *Bulletin de l'Academie de méd.*, t. VIII, p. 589.
(2) Empis, *Archives de méd.*, Noviembre, 1861.
(3) Gestin, *Epidémie de dysenterie dans le canton de Pontaven* (Finistèrre). *(Archives gén. de méd.*, 5.ª série, t. XII.)
(4) Lebozec, *Relation de la campagne de* l'Alger *dans la mer Noire en* 1855. Thèse de Montpellier, 1858.
(5) Delioux de Savignac, *ouvrage cité*, p. 153.
(6) Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 163.

dias llega la enfermedad á su mas alto grado. Algunas veces se han observado *recaidas* manifiestas, ya que las haya ocasionado un mal régimen, ó bien que en una epidemia sobreviniese una recrudescencia en el momento en que el enfermo creia estar próximo á su curacion. Tambien se han notado con bastante frecuencia verdaderas *recidivas*; porque la disentería no es de aquellas enfermedades que no se padecen mas de una vez en la vida, y á la que estan predispuestos particularmente ciertos sugetos que son atacados de ella con frecuencia.

La *duracion* de la enfermedad es muy variable, y sobre todo, influye mucho el tratamiento. Efectivamente, tratada cual conviene la *disentería no febril*, puede muy bien disiparse en dos, tres ó cuatro dias. Por el contrario, la *febril* dura á lo menos un septenario, y no es raro ver que se prolongue mas, sobre todo, en tiempo de epidemia.

La *terminacion* de la *disentería no febril* es constantemente favorable á no mediar circunstancias del todo excepcionales. La disentería febril *esporádica* se cura fácilmente en la mayor parte de los casos; pero sucede lo contrario en la disentería *epidémica*. Segun los datos estadísticos que presentan los autores y especialmente Ozanam, la disentería es quizás de todas las enfermedades epidémicas, la que mas frecuentemente se termina por la muerte.

En la epidemia observada por Cornuel (1), la mortalidad ha sido de 11,41 por 100. Esta terminacion fatal puede verificarse en muy poco tiempo, y asi es como se han visto sucumbir algunos enfermos en menos de dos ó tres dias. Por el contrario, algunas veces tiende á pasar al estado crónico y entonces presenta algunos caracteres que se expondrán mas adelante.

Consecuencias de la disentería.—En medio de las alteraciones ó trastornos funcionales sobre los cuales debe fijarse la atencion, citaremos particularmente la *anemia* y la *paraplegia*.

La *anemia* de las personas atacadas de disentería durante largo tiempo es proverbial, así es que se encuentra una palidez caquéctica muy pronunciada en la convalecencia de la mencionada enfermedad. No solamente el rostro está pálido, sino que el enflaquecimiento es excesivo, notándose en la fisonomía una expresion de insensibilidad y de inmovilidad que desde luego choca; las arrugas se marcan profundamente dando al rostro el aspecto de la *facies senil*; al mismo tiempo se observa edéma de las extremidades, ruido de soplo en el corazon y en los vasos, palpitaciones, debilidad hasta producirse muchas veces el síncope, neuralgias, etc., en fin, todos los síntomas de la anemia, y es un peligro sério el que en este estado experimenten un hambre devoradora, pues deben estos enfermos someterse á un régimen severo.

(1) Cornuel, *Mémoire sur la dysenterie observée à la Basse-Terre* (*Mém. de l'Académie de médecine*. Paris, 1842, t. VIII, p. 101).

La *paraplégia* se observa en muchos disentéricos, afectando solamente la sensibilidad; y en los miembros superiores, tronco y cara, se halla igualmente una disminucion de la sensibilidad: en los casos en que la parálisis ataca á la vez á la sensibilidad y movimiento de las extremidades inferiores, el enfermo cae al levantarse el primer dia, atribuyéndose á debilidad lo que es imposibilidad de tenerse en pie, una verdadera parálisis. La paraplégia suele ser incompleta y puede desaparecer despues de varias semanas ó meses; se han visto, sin embargo, persistir indefinidamente.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas de la disentería han suscitado discusiones muy interesantes, sobre todo, en estos últimos tiempos. Hipócrates creia que esta afeccion era ocasionada por *úlceras intestinales*, opinion que fué seguida hasta que Sidenham manifestó que en ciertos casos no habia ninguna ulceracion. Hace algunos años que adoptando Thomas la opinion de los antiguos, consideró como carácter esencial de la disentería, las úlceras del intestino grueso, y recientemente Gely, Masselot y Follet han vuelto á suscitar esta importante cuestion.

En concepto de todos estos autores, no existen estas úlceras al principio de la disentería, sino cuando ya lleva algunos dias de existencia. Pero ¿qué es lo que se encuentra antes de que aparezcan las úlceras? Nada mas que el engrosamiento, la hinchazon y el reblandecimiento mas ó menos profundo de las paredes del intestino, es decir, los signos de una inflamacion violenta. No se ven, como en la *fiebre tifoidea* y en la *tisis*, alteraciones especiales que anuncien la naturaleza primitivamente ulcerosa de la lesion. Esta es una razon que nos induce á creer que las úlceras disentéricas solo son debidas á una inflamacion muy intensa. Es verdad que Thomas dice que las ha visto empezar constantemente por el orificio de los folículos; pero Gely, que ha hecho sobre este punto investigaciones muy interesantes, ha visto muchas veces que la abertura dilatada de los folículos podia tomarse por una verdadera ulceracion. Por otra parte Masselot y Follet, que han emitido opiniones particulares de que hablaré mas adelante, atribuyen la ulceracion á dos causas principales; en primer lugar, al reblandecimiento del cuerpo mucoso, y en segundo lugar, á la gangrena.

Cualquiera que sea el modo con que se formen estas úlceras, se presentan bajo muy diversos aspectos, que Gely ha descrito perfectamente. Unas veces son vastas destrucciones de la membrana mucosa, que invaden á mayor ó menor profundidad los tejidos subyacentes, ponen á descubierto la membrana muscular, y á veces tambien penetran, como ha referido algunos ejemplos Thomas, hasta la mem-

brana peritoneal; otras veces se ve una multitud de ulceritas ó mas bien de pequeños orificios ulcerados en la membrana mucosa, debajo de la que se ve que se ha supurado el tejido celular. Finalmente, en otros casos existen *escaras gangrenosas* desprendidas en ciertos puntos y adheridas en otros, y algunas veces han llegado estas lesiones hasta tal punto, que parece completamente destruida la superficie interna del intestino grueso.

¿Existen siempre estas úlceras en la disentería no febril ó esporádica, ó disentería benigna de los autores? Esto no parece probable en vista de la suma rapidez con que se cura, y es una nueva objecion para admitir la úlcera como el carácter esencial de la disentería.

Rara vez se ha visto que estas úlceras destruyan todo el espesor del intestino, y den lugar á una perforacion. Sin embargo, se han citado algunos ejemplos de ella, y entonces ha sobrevenido una *peritonitis sobreaguda* que ha arrebatado con rapidez á los enfermos.

Otra lesion cuyo conocimiento es muy interesante, es la existencia de una *produccion seudo-membranosa* que llega á cubrir las úlceras y que puede tomarse por la misma membrana mucosa. Esta produccion que es muy frecuente, explica la existencia de los pedazos seudo-membranosos en las deyecciones, pero ya veremos mas adelante á qué los han atribuido Masselot y Follet.

En seguida vienen las *abolladuras* formadas por el engrosamiento de las túnicas y la contraccion de las fibras musculares, abolladuras de que hablan todos los autores; despues la hinchazon notable de los folículos, luego los diversos grados de coloracion que corresponden á la inflamacion en sus diversas épocas, desde el rojo vivo hasta el azul de pizarra. Pero por lo comun se encuentra el rojo oscuro, y de ello han inferido Masselot y Follet que no eran debidas las lesiones á una verdadera inflamacion. Pero esta deduccion no parecerá muy legítima, si se recuerda que en las inflamaciones mas francas, esta coloracion es la que mas frecuentemente se encuentra despues de la muerte.

Finalmente se ha hallado en el interior del intestino *moco sanguinolento* en mayor ó menor abundancia; algunas veces se ha visto salir sangre pura de las partes ulceradas; en ciertos casos un detritus pardusco ó verdoso, y evidentemente *gangrenoso*, y otras veces materias purulentas. Tales son las lesiones que se han observado en el órgano principalmente afectado.

Veamos ahora cómo Masselot y Follet explican su formacion. En su concepto, existiendo la lesion primeramente sobre la epidermis intestinal, cuya existencia ha indicado Flourens, produce principalmente esta alteracion que se ha designado con el nombre de *falsas membranas*. Despues sobreviene el reblandecimiento de los tejidos mucoso y submucoso, de donde resultan las úlceras mas ó menos extensas de que hemos hablado. En fin, progresando el reblandecimiento, puede llegar hasta producir una verdadera perforacion. Esta

exposicion sucinta de las opiniones de Masselot y Follet, que por lo demás estan fundadas en una diseccion hábil y hecha con cuidado, ¿no prueba, como decíamos anteriormente, mas en favor de la naturaleza inflamatoria de la afeccion, que en el de cualquiera otra opinion?

Los autores que acabo de citar creen que solo por error se ha admitido que pueda desprenderse la membrana mucosa, y opinan que se ha tomado por la mucosa una simple falsa membrana; pero Cambay (1), ha podido reconocer muchas veces en sugetos afectados de disentería, la separacion de una porcion de la mucosa que se desprendia como una falsa membrana. La diseccion que hizo Cambay ha sido tan minuciosa, y muchas veces practicada en presencia de médicos tan instruidos, que no se puede tener la menor duda tocante á este punto.

Las alteraciones que se hallan en los demás órganos no son de grande importancia. Algunas lesiones inflamatorias en el estómago y en el intestino delgado, el reblandecimiento del hígado, de los riñones, del bazo, y las equímosis indicadas principalmente por Masselot y Follet, y que se hallaban en la mayor parte de los órganos, la retraccion de la vejiga, la distension de la vesícula biliar por una bilis negra, pegajosa y grumosa, tales son las lesiones que merecen mencionarse, y las que sin duda parecerá son mas bien el efecto que la causa real de la enfermedad. Sin embargo, fundándose Masselot y Follet en estas diversas lesiones y en la análisis de la sangre de los disentéricos, la cual ha demostrado que habia por una parte una disminucion notable de la fibrina y de los glóbulos, y por la otra gran aumento de la parte serosa, han querido hacer de esta afeccion una enfermedad primitivamente general que consistia principalmente en una alteracion de la sangre; pero estos experimentos son evidentemente insuficientes. En efecto, hubiera sido preciso investigar si la sangre estaba ya alterada cuando aparecieron los primeros síntomas, y por otra parte en el mayor número de casos, parece la disentería en su principio tan limitada al intestino y tan localizada, que apenas se puede concebir que haya una alteracion de la sangre. No cabe duda que hay en las epidemias alguna cosa que se nos oculta, una causa desconocida; pero de ningun modo está demostrado que esta causa se encuentre en una alteracion primitiva de los líquidos.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

La disentería es una afeccion que es generalmente muy fácil de diagnosticar. Entre las enfermedades que se pudieran confundir con ella, se ha citado primero las *hemorroides internas*. Es sabido que

(1) Cambay, *loc. cit.*

en esta enfermedad hay pujos, deyecciones sanguinolentas, y que cierto grado de inflamacion de la parte inferior del recto, puede hacer estos síntomas bastante intensos; pero en los casos dudosos, el tacto rectal desvanecería todas las dudas; por lo tanto, no debemos detenernos mas en este diagnóstico.

Ya hemos visto la dificultad que habia en distinguir al principio la disentería no febril de la simple *enteritis*. Mas adelante la presencia de las mucosidades sanguinolentas, los dolores en el trayecto del cólon, y el tenesmo, bastan para hacer desaparecer la incertidumbre.

El *cólera morbo* se diferencia de tal manera de la disentería, que no es necesario establecer un diagnóstico diferencial entre estas dos enfermedades.

En cuanto á los diversos *cólicos* que van acompañados de diarrea, como el *cólico de cobre* y el *cólico saturnino*, ya se tratará de ellos en los capítulos dedicados á los envenenamientos, por lo cual dejo la exposicion de su diagnóstico para cuando haga su descripcion.

Pronóstico.—Ya hemos visto que la disentería es una enfermedad excesivamente grave en las epidemias; la debilidad y la lentitud en el pulso, el abatimiento de las fuerzas y las deyecciones ó un tenesmo contínuo, anuncian una muerte próxima.

§ VII.—Tratamiento.

El tratamiento de la disentería es casi tan rico y tan variado como el del cólera morbo epidémico; pero nos debemos limitar á revisar las medicaciones mas generalmente usadas.

Emisiones sanguíneas.—En estos últimos años en que se trataba de atacar vigorosamente la inflamacion, se han alabado casi exclusivamente las sangrías generales y locales; pero largo tiempo antes, muchos autores habian considerado á este medio como muy eficaz; pudiéndose citar particularmente á Stoll, Sydenham, Lind y P. Frank, quienes recomiendan que en toda disentería violenta se empiece el tratamiento por abrir la vena. Hullin en una epidemia que observó en Mortagne (1) ha obrado segun este método.

No han sido menos elogiadas las *sanguijuelas* aplicadas al abdómen, al ano, y aun quizás han sido mas alabadas que las sangrías. Cuando se cree conveniente usarlas se deben poner, segun Thomas, en gran número, veinte, treinta y mas en varias veces. Es muy difícil decir cuál es el verdadero valor de este medio terapéutico, y sin embargo, la mayor parte de los médicos de los siglos pasados no han vacilado en alabarle con exceso ó en prescribirle completamente. Por nuestra parte debemos manifestar que casi ningun médico se ha

(1) Hullin, *De la dysenterie épidémique de Mortagne (Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, 2850, t. XV, p. 923).

limitado á su uso, y no le ha atribuido enteramente la curacion de los enfermos.

Cornuel, Dutroulau, Delioux de Savignac, han combatido esta terapéutica, admitiendo únicamente algunas emisiones sanguíneas locales.

Emolientes.—Se aplicarán al vientre cataplasmas emolientes las cuales se podrán hacer calmantes rociándolas con 20 ó 30 gotas de láudano ó bien fomentos emolientes, embrocaciones con aceite laudanizado alcanforado, aceite de trementina: se recomiendan tambien baños generales ó medios baños con el cocimiento de altea, salvado, hojas de mora y de belladona 60 gr. Segond y Delioux obtuvieron buenos resultados del baño de asiento muy caliente adicionado con un litro de buen vinagre.

Narcóticos.—Todavía se han empleado mas los narcóticos que las emisiones sanguíneas. El *ópio*, particularmente, ha sido usado desde los tiempos mas remotos. Efectivamente, se observa que Alejandro de Tralles se declara contra el uso intempestivo que se hacia de él ya en su tiempo (1). Entre los autores que mas le han elogiado, es menester citar á Ramazzini, quien le atribuye la curacion de un gran número de enfermos en la *epidemia de Módena*, en 1693.

No hay autor que no haya igualmente recomendado este medicamento; pero casi todos lo han hecho con ciertas restricciones. Ya hemos visto que Alejandro de Tralles atribuia al ópio efectos perniciosos, cuando era administrado sin discernimiento. Hoffmann, Zimmermann y otros muchos han emitido la misma opinion. Por el contrario, Sydenham, Vogler y Schmidtmann. consideran á este medicamento como eminentemente útil en todos los casos. En cuanto á José Frank, cree que basta él solo para triunfar de la enfermedad en la disentería leve; pero que en la grave es necesario asociarle con otras sustancias.

En los casos en que se han atribuido perniciosos efectos al ópio, debian mas bien referirse los accidentes á una gravedad excesiva de la enfermedad, contra la cual hubieran sido igualmente inútiles las demás medicaciones.

El ópio debe administrarse especialmente como adyuvante y calmante: «facilita, dice Delioux (2), la tolerancia y accion terapéutica de medicamentos empleados, ya para producir la axtringencia, ya para determinar evacuaciones.» Como medicacion exclusiva el ópio será nocivo y es una sustancia que con mucha moderacion emplean los médicos mas distinguidos de Marina, entre los cuales citaremos á Dutroulau (3), Delioux de Savignac, etc. Frecuentemente se aplica con ventaja al exterior rociando las cataplasmas con láudano, etc.

(1) Alexandre de Tralles, *De arte medica*, t. VII: *De artis medicæ princip.*, édit. A. Haller.
(2) Delioux de Savignac, *ouvr. cité.* p. 376.
(3) Dutroulau. *Mal. des Européens dans les pays chauds*. 1861, p. 4?4.

.El *ópio* se administra simultáneamente por la boca y por el intesno. Gueretin (1) ha administrado este medicamento á la dósis de tres á cinco centígramos de dos en dos horas, y algunas veces á mayor dósis, y este es el medio con que se han obtenido mejores resultados. Pero el modo preferible de administrarle es en *lavativa;* así, pues, se pondrá dos ó tres veces al dia, y con mas frecuencia aun si el caso fuese grave, una lavativa de cocimiento de malvavisco ó de semilla de lino, á la que se añade:

R. Láudano........ 15 á 20 gotas. | Almidon......... .... 2 gram.

Masselot y Follet creen haber observado que cuando el pulso se retarda mucho y hay un *colapso* manifiesto, el ópio no producia tan buenos resultados como las demás sustancias y en particular el nitrato de plata, lo que no está bien demostrado.

Entre los demás narcóticos se debe citar la *belladona*, el *beleño* y el *estramonio*, dados á altas dósis, es decir, á la de tres á cinco centígramos cada dos ó tres horas. Estas sustancias obran del mismo modo que el ópio, pero su eficacia está menos probada; sin embargo de que Delioux considera la belladona como analgésica y cicatrizante.

Forget, de Estrasburgo (2), ha referido que en el curso de una epidemia que reinó en esta ciudad, se curaron diez y seis enfermos tratados por los antiflogísticos y los narcóticos, al paso que por los otros métodos hubo una gran mortandad.

El doctor Marbot (3) ha tenido ocasion de usar el *acónito napelo* en grande en una epidemia que se desarrolló á bordo del *Cocodrilo* diez dias despues de haber abandonado la rada de Zanzibar. De trescientos casos, de los cuales algunos eran muy graves, no hubo ni un solo caso en que sobreviniese la muerte.

Se administraba el acónito bajo la forma de extracto á la dósis de cinco á diez centígramos, de la manera siguiente:

Se desleia el acónito en agua pura de fuente, y se daba la solucion á cucharadas, con el intervalo de una, dos ó tres horas; pero de modo que la fraccion del medicamento que se administraba, fuese siempre la misma. De las observaciones de Marbot resulta que el acónito no produce una completa curacion, sino que por su influencia cambian las deyecciones de naturaleza y cede la fiebre. Entonces se administraba la *ipecacuana*, y luego las lavativas amiláceas y anodinas con que se terminaba la curacion.

Como se ve, esta medicacion es complexa, y sería preciso hacer

(1) Guéretin, *Mémoire sur la dysenterie épidémique de Maine-et-Loire en* 1834. (*Archives gén. de médecine*, 2.ª série t. VII.)

(2) Forget, *Bulletin gén. de thérap.*, 30 Enero 1849, et *Principes de thérapeutique gén. et spéciale*. Paris, 1860, p. 435.

(3) Marbot, *Bulletin général de thérapeutique*, 15, Agosto, 1849.

nuevas observaciones para saber qué valor tienen cada uno de los medios que la componen.

Purgantes.—Las ideas teóricas han inducido á usar los purgantes, ya para desembarazar los intestinos de *saburras* y de la *bilis acre* que se suponia acumulada en ellos, ya simplemente para facilitar las evacuaciones alvinas, etc. Veamos ahora lo que la experiencia nos ha enseñado sobre este punto.

Purgantes salinos.—Estos medicamentos usados por los autores del siglo pasado, y especialmente por Zimmermann, han sido muy encomiados en estos últimos tiempos por Bretonneau y sus discípulos. El *sulfato de sosa* ó el *sulfato de magnesia* son las sales que mas particularmente se emplean. El doctor Berggren aconseja la mezcla siguiente:

R. Sulfato de sosa............................ } aa partes iguales.
Miel................................... }

Se toma una cucharada tres veces al dia.

Bretonneau daba tan pronto el sulfato de sosa como el de magnesia, á la dósis de 8 á 16 gramos en una pocion y otro tanto en lavativas, en 180 ó 240 gramos de líquido. El doctor Cheine administra el *cremor de tártaro* á altas dósis, y en efecto, dá 15 gramos cada cuarto de hora.

En fin, el doctor Meyer (1) se ha servido del *nitrato de sosa* á la dósis siguiente:

R. Nitrato de sosa.	de 15 á 30 gram.	Goma tragacanto........ 50 centíg.
Agua comun..	250 gram.	

Se toma á cucharadas durante el dia.

Tambien se puede, como aconseja Thomas, dar solamente *agua de Sedlitz*, á la dósis de media botella al dia, y de un vaso á los niños. Cualquiera que sea la sal que se use, el efecto es siempre evidentemente el mismo; ¿pero cuál es este efecto? ¿Cómo pueden los purgantes producir buenos efectos en una enfermedad, en la cual uno de los principales síntomas es la diarrea? No han faltado explicaciones, pero á decir verdad, son poco satisfactorias. Contentémonos únicamente con hacer presentes los buenos resultados que muchos autores afirman haber obtenido, advirtiendo, sin embargo, que su opinion no está fundada en pruebas irrecusables. En el concepto de algunos médicos, los purgantes serían principalmente útiles en ciertas formas de las disenterías, y sobre todo, en la *disentería* llamada *biliosa;* pero las reflexiones que hemos hecho anteriormente al ha-

(1) Meyer, *Hufeland's Journal*, 1827.

blar de las pretendidas supuestas formas de la enfermedad, me dispensan de discutir el valor de esta opinion.

Otros purgantes.—Entre los *demás purgantes* hallaremos en primer lugar el *ruibarbo*. No hay medicamento de que mas se haya abusado en el tratamiento de la disentería; de lo que es buena prueba la disertacion de Jacob (1), que reprueba enérgicamente este abuso. Stoll, Richter, y en estos últimos tiempos Gall, han recomendado este medicamento. Este último médico le asociaba á otras sustancias del modo siguiente:

R.	Tintura de genciana..	45 gram.	Tintura de canela........	15 gram.
	— de ruibardo .	15 gram.	— de anodina.......	10 gotas.

Se da una cucharada de café cada hora.

Esta fórmula debe administrarse despues de los purgantes.

El *aceite de ricino* ha sido prescrito por muchos prácticos, y muy especialmente por Fraser (2), Clark (3), Delioux de Savignac (4). Este último administra el aceite de ricino á la dósis de 10 á 15 gramos en un caldo. El *tamarindo*, la pulpa de la *Cañafístola* y el *maná*, se emplean tambien con ventaja. En las Antillas, Dutroulau (5) prescribia 30 gramos de maná en 500 gramos de suero para beber durante ocho dias, cada hora la cantidad de media copa: era menester que se tolerase los tres primeros dias.

Las preparaciones mercuriales, y principalmente el calomel, tienen gran reputacion entre los médicos ingleses, así es, que en una epidemia de disentería, Amiel dice que obtuvo brillantes resultados del siguiente tratamiento: dos gramos de calomel desde el principio en una sola dósis, mañana y tarde, durante cinco ó seis dias. Annesley asocia el calomel al ópio, y segun el método de este práctico y el de Amiel, el calomel debe administrarse á dósis fuertes, ó bien á dósis mínimas, segun lo recomienda Law. Estos dos métodos no son siempre aplicables y presentan inconvenientes. El calomel le parece á Delioux indicado cuando las deposiciones persisten con el carácter mucoso-sanguinolento, conviniendo menos cuando la serosidad predomina, y debiendo proscribirle si son biliosas. Pécholier (6) le emplea cuando encuentra en el tubo intestinal eretismo sanguíneo

(1) Erfürth, 1800.
(2) Fraser, *Medical observations and inquiries*, vol. II.
(3) Clark, *Observations on the Diseases which prevail in long Voyages to hot Climates, particularly in those to the East Indies.* 2.ª edicion, London, 1792.
(4) Delioux de Savignac, *ouvrage cité*, p. 263.
(5) Dutroulau, *ouvr. cité*, p. 456.—Fonssagrives, *Sur le rôle du calomel dans la médecine anglaise (Bull. de thérap.*, 15 déc., 1861).
(6) Pécholier, *Des indicat. de l'emploi du calomel dans le traitement de la dysenterie (Montpellier médical*, Febrero, Marzo, Mayo, 1865).

ó nervioso, pues le considera como purgante antiflogístico. Delioux de Savignac obtuvo buenos efectos de las siguientes píldoras:

R. Calomel........... 50 centíg.	Opio................. 5 centíg.
Ruibarbo......... 2 gram.	

Háganse s. a. quince píldoras para tomar á dósis mas ó menos próximas, segun los casos.

Otros han administrado la *coloquintida*, la *jalapa;* en una palabra, las diversas especies de purgantes, sin que se pueda atribuir á ninguno de ellos una eficacia especial.

Vomitivos.—Los *eméticos*, y principalmente la *ipecacuana*, desempeñan un principal papel en la terapéutica de la disentería.

La ipecacuana es el vomitivo por excelencia, y está indicado particularmente en las formas biliosas, pues contiene las deposiciones y estimula los intestinos; en una palabra, es anti-disentérica y espectorante (1). Se le dá á la dósis de uno á tres gramos, en cuatro veces, para tomar de cinco en cinco minutos hasta que el enfermo vomite, suspendiendo en este caso su administracion.

El *método* llamado *brasileño* es mas ventajoso, y consiste en sujetar á infusion durante diez ó doce horas, cinco ú ocho gramos de polvos de ipecacuana en 250 gramos de agua hirviendo, cuya infusion, despues que se decanta y dulcifica, se administra en varias dósis ó en una sola: los vómitos sobrevienen, y al dia siguiente por la mañana, si la enfermedad continúa, debe repetirse el tratamiento de la misma manera, hasta que habiendo cesado las náuseas y los vómitos, las deposiciones son modificadas. En general, una sola infusion basta; algunas veces, sin embargo, son precisas dos ó tres.

Delioux de Savignac prefiere los cocimientos á las infusiones, y emplea la fórmula siguiente:

R. Polvos de ipecacuana............. 4 gram.

Hágase hervir cinco minutos en

Agua.. .... 300 gram.

Filtrese y añádase al licor:

Jarabe de ópio....... 30 gram.	Hidrolato de canela.... 30 gram.

Para tomar una cucharada de hora en hora, disminuyendo en caso de náuseas ó vómitos.

En los casos graves, esta pocion debe administrarse en un dia;

(1) Delioux de Savignac, *Mémoire sur l'ipéca (Gazette médicale de Paris*, 1852).—Trousseau, *Clinique méd.*, t. III, p. 170.

en los medianos, en dos: las materias fecales se modifican el primer dia lo mas comunmente.

Trousseau (1) reasume su práctica en la disentería esporádica de la manera siguiente: en la invasion, ipecac sis vomitivas, tres gramos en cuatro papeles para toma valos de diez minutos: al dia siguiente una sal néutr de 15, 20, 25 gramos que se repite hasta que las deposi gan diarréicas. Además de estos medios, prescribe l el nitrato de plata, 5 á 75 centígramos por 125 gramo con el sulfato de zinc de cinco centígramos á un gramo

Tambien la ipecacuana formaba la base del remedi Helvetius. Otros médicos prefieren el tártaro estibiado se puede citar á Pringle (2) quien alaba muy especial del emético antimonial. Por otra parte Rœderer y Wagle reprueban el uso de este vomitivo.

Segond (3) ha encomiado mucho las *píldoras ingle* tienen *ipecacuana*, *calomel* y *ópio*.

R. Ipecacuana pulverizada	40 centig.	Extracto acuoso de óp	
Calomel al vapor	20 centig.	Jarabe de espino	

Para seis píldoras.

Estas píldoras han sido ventajosamente emplead da forma y en el período crónico.

Astringentes.—De todos los astringentes, el *acetat* que se ha administrado con mas frecuencia. Fed. Ho formar parte de una mezcla que se consideraba com para darle el nombre de *polvos antidisentéricos*.

Polvos antidisentéricos de Hoffmann.

R. Azafran de Marte astringente (peróxido de hierro)	30 gram.	Raiz de bistorta	
Cuerno de ciervo calcinado	15 gram.	Raiz de tormentila	
		Cinamomo	
		Acetato de plomo	

Mézclese y pulverícese. Se dá 1,25 gramos (un escrúpul

Otros muchos prácticos han usado tambien el El doctor Mittchel (4) le asocia al ópio, y dá est

(1) Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 170.
(2) Pringle, *Maladies des armées*, París, 1793, p. 230.
(3) Segond, *Documents relatifs à la méthode élect. emplo* París, 18[illegible].
(4) Mittchel, *The North American med. and. chir. Journ*

...lar de algunas otras sustancias,
...or Ortel (1), la *trementina* acon-
...(2), el *cloruro de cal*, los *anties-*
...obre la accion de estas sustan-
...mos ocuparnos mas de ellos en

...erca del *narciso de los prados*
... han parecido atribuir muchos
...tor Passaquay (3), quien ha re-
...ncia, indica tambien la admi-
...tamento del Jura:

.... 4 gram.

...ia desleido en un vaso de agua azu-

...accion emetocatártica, y sin
...teria; pero nada prueba que
...emás vomitivos y purgantes

...*agua fria*.—Una medicacion
...do conveniente decir algo por
...so de líquidos frios, ya interior
...ra haber obtenido numerosas cu-
... del agua fria, y *lociones* tambien
...nt (5) mandaba *lavativas de agua*
... han recomendado particularmente
...síntomas han llegado á su mas alto
... el colapso, es cuando este médico

...estas afusiones se han aplicado *rube-*
...palmente sobre el abdómen, lomos y
... que estos medios hayan sido real-
...lor á las extremidades, hacer sobre el
...dientes, y aplicar en él algunos fo-
...los medios sencillos que bastan para

—El doctor J. Irving (6) recomienda
...5 ó 26 *grados sobre* 0. Es preciso po-
...xofágica, á fin de que penetren mas

...l.

...*dicales*, t. X.

...nero 1849.

Trousseau (1) prescribe las lavativas características con el nitrato de plata, el sulfato de cobre ó el sulfato de zinc, siendo la dósis de 5 á 10 centígramos de nitrato de plata por 125 gramos de agua en un niño; de 20 á 75 centígramos por 200 gramos de agua en un adulto: los sulfatos de cobre y de zinc se dan á la dósis de 5 centígramos para un niño, y de un gramo para los adultos. Estas lavativas se repiten dos ó tres veces en las veinte y cuatro horas; procurando conservarlas el mayor tiempo posible, para lo cual debe tenerse cuidado de aplicar antes una de agua pura y despues que haya sido devuelta, hacer con lentitud la inyeccion de la segunda.

J. Delioux de Savignac (2) asocia la albúmina al nitrato de plata y añade á la solucion del cloruro de sódio una cantidad igual de nitrato de plata. «Por este medio, dice, 1.° el enfermo puede obtener las propiedades terapéuticas de la albúmina y del nitrato de plata, 2.° no hay cólicos vivos, 3.° se puede usar jeringa de metal sin temor de que la solucion argéntica le descomponga.»

Clara de huevo.............................. n.° 1.

Se disuelve en:

Agua destilada.............................. 250 gram.

Se filtra al través de un lienzo y se añade:

Oxalato de plata cristalizado.......... 10, 20, 30 centíg.	Cloruro de sódio.. 10, 20, 30 centíg.

Se hacen disolver separadamente las dos sales en pequeña cantidad de agua destilada. Se vierte en la solucion albuminosa la solucion de nitrato de plata y despues se añade la del cloruro de sódio y se agita vivamente con una varilla de vidrio. Para un cuarto de lavativa.

Acerca de la eficacia real de este medicamento, nada se puede asegurar todavía, porque falta un análisis riguroso y exacto de bastante número de hechos.

Iodo.—Segun Eimer (3) las lavativas iodadas tienen una eficacia tan grande como la del nitrato de plata. «En los casos recientes pueden, dice, detener desde luego la marcha de la enfermedad, pero

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. París, 1865, t. III, p. 170.
(2) *Bulletin général de thérapeutique*, 15 de Junio de 1851.
(3) Eimer, *Henle's Zeitschrift für rationelle Medezin*, 1852, et *Bulletin général de thérapeutique*, 30 de Noviembre de 1852.

en todos disminuyen las deposiciones y las hacen mas naturales.» Eimer prescribe así la fórmula:

Iodo puro....... de 25 á 50 centíg. | Ioduro de potasio............ C. S.

Para la disolucion en:

Agua destilada......................... 30 á 90 centíg.

Para una lavativa que se repetirá dos veces en las veinticuatro horas, y tres ó cuatro rara vez. Si hay tenesmo ó si el enfermo no retiene la lavativa, se puede reemplazar el agua por un vehículo mucilaginoso y añadirle diez ó quince gotas de tintura de ópio.

Diaforéticos.—Tambien se han empleado esta clase de medicamentos en el tratamiento de la disentería, y al efecto mencionaré el *acetato* y el *hidroclorato de amoniaco* que son los que casi exclusivamente se han usado. Hé aquí una fórmula que era familiar á Vogel, y en la cual entraba el acetato de amoniaco en una proporcion bastante considerable:

R. Goma arábiga....... 30 gram. | Azúcar blanca............ 8 gram.

Disuélvase en:

Agua de hinojo.................................... 180 gram.

Se añade:

Acetato de amoniaco. 60 gram. | Tintura de ópio........ 2 á 4 gram.

Mézclese. Se toma á cucharadas cada dos horas.

Agua albuminosa.—Todavía se ha prescrito mas en la disentería el agua albuminosa, que en la enteritis simple. El modo de prepararla segun Baudin de la Pichonnerie (1) es el siguiente:

R. Claras de huevo..... N.º 5 á 6. | Azúcar en polvo......... 45 gram.

Mézclense estas sustancias en una botella de agua, añádase algunos perdigones, agítese algun tiempo y se tendrá una mezcla perfecta.

Cuando hay violentos dolores de vientre, Baudin añade al líquido precedente:

Jarabe de acetato de morfina............................ 2 cucharadas.

O bien:

Láudano de Sidenham................................ 8 á 10 gotas.

Mondiere (2) es quien mas principalmente ha insistido en el uso de este remedio.

(1) Baudin de la Pichonnerie, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, tomo III, p. 282.

(2) Mondière, Journal *l'Expérience*.

Medios diversos.—Se ha recomendado la *nuez vómica* por un gran número de autores. Entre otros citaré á Hufeland, quien la prescribia despues de administrar un vomitivo de la manera siguiente:

R. Extracto de nuez vómica.	50 centíg.	Jarabe de altea..........	30 gram.
Mucilago de goma arábiga..................	30 gram.	Agua de sauco...........	180 gram.

Es necesario administrar al mismo tiempo lavativas mucilaginosas, añadiendo 15 á 20 centígramos de extracto de nuez vómica. Los doctores Geddings (1) y Most han elogiado mucho este tratamiento. Este último empleaba el cocimiento de nuez vómica, á la cual añadia una cantidad considerable de ópio.

Sub-nitrato de bismuto.—La accion de este medicamento es muy dudosa en las disenterías epidémicas y esporádicas, pero conviene en la diarrea serosa consecutiva á la disentería: se administra á la dósis de 10, 15, 20 gramos por dia en pan sin levadura ó en jarabe: si al cabo de algunos dias las deposiciones no se vuelven negras, se suspende el medicamento porque falta su efecto.

Quedan ahora un gran número de sustancias que se han preconizado por diversos médicos, sin que se pueda formar una idea ni aun aproximada de su eficacia.

En primer lugar mencionaré la *cera amarilla*, medicamento usado desde los tiempos antiguos, puesto que Dioscórides habla ya de él. Pringle hacia tambien frecuente uso de la cera y hé aquí como la administraba:

R. Cera amarilla.....	15 gram.	Agua comun..............	4 gram.
Jabon de Venecia..	1,25 gram.		

Disuélvase lentamente y añádase poco á poco en un mortero caliente:

Agua de menta piperita. / Agua comun...........	aa 90 gram.	Jarabe de diacodion......	45 gram.
		Láudano de Sydenham....	15 gotas.

Se toma á cucharadas.

Se ve pues que dominan los opiados en esta fórmula y que se ha hecho mal en atribuir todos los honores de la curacion al uso de una sustancia probablemente inerte ó á lo menos muy poco activa.

En la fórmula de Willis (2) las sustancias verdaderamente activas son los excitantes y los astringentes que se unen con la cera. Así, pues, solo he hecho mencion de estos medicamentos para manifestar con cuán poco rigor se procede en los experimentos terapéuticos.

(1) Geddings, *Encyklopäd. Handwörterbuch der pract. Arzneimittellehre.* 1841, et Most. *The North American med. and chir, Journ.*, 1834.
(2) Véase *Formulaire* de Foy.

Unicamente me queda que hablar de algunas otras sustancias, como el *fósforo* prescrito por el doctor Ortel (1), la *trementina* aconsejada principalmente por Copland (2), el *cloruro de cal*, los *antiespasmódicos*, etc.; pero no tenemos sobre la accion de estas sustancias datos suficientes para que debamos ocuparnos mas de éllos en este lugar.

Unicamente diré dos palabras acerca del *narciso de los prados (narcissus pseud-narcissus)*, al cual han parecido atribuir muchos autores una accion específica. El doctor Passaquay (3), quien ha recomendado mucho el uso de esta sustancia, indica tambien la administracion que hizo de ella en el departamento del Jura:

R. Polvo de narciso de los prados.................. 4 gram.

Divídase en tres papeles. Se toma uno al dia desleido en un vaso de agua azucarada.

El narciso de los prados tiene una accion emetocatártica, y sin duda obra de esta manera en la disentería; pero nada prueba que sea mayor su eficacia que la de los demás vomitivos y purgantes indicados anteriormente.

Bebidas, lavativas y afusiones de agua fria.—Una medicacion particular y de la que me ha parecido conveniente decir algo por separado, es la que consiste en el uso de líquidos frios, ya interior ya exteriormente. Brefeld (4) asegura haber obtenido numerosas curaciones con solo la administracion del agua fria, y *lociones* tambien *frias* al abdómen. El doctor Kent (5) mandaba *lavativas de agua fria*; en fin, Nardi y Recamier, han recomendado particularmente las *afusiones frias*. Cuando los síntomas han llegado á su mas alto grado, y los enfermos caen en el colapso, es cuando este médico emplea las afusiones.

Exteriormente, además de estas afusiones se han aplicado *rubefacientes y vesicantes*, principalmente sobre el abdómen, lomos y sacro; pero es mas que dudoso que estos medios hayan sido realmente eficaces. Restituir el calor á las extremidades, hacer sobre el abdómen fricciones secas y calientes, y aplicar en él algunos fomentos emolientes, tales son los medios sencillos que bastan para el caso.

Lavativas de agua caliente.—El doctor J. Irving (6) recomienda *las lavativas de agua pura á 25 ó 26 grados sobre 0*. Es preciso ponerlas por medio de una sonda exofágica, á fin de que penetren mas

(1) *Med. pract. Beobacht.* Leipzig, 1804.
(2) *The London med. Journ.*, 1821.
(3) *Thèses de Paris.*
(4) Brefeld, *Dictionnaire des sciences médicales*, t. X.
(5) *The North American Journal*, 1826.
(6) *Edinburgh med. and surg. Journ.*, Enero 1849.

arriba. En cuanto el enfermo tome una de estas lavativas debe echarse del lado izquierdo, y no cambiar de postura hasta que sienta fuertes ganas de obrar. Este tratamiento tan sencillo merece sea experimentado de nuevo.

Resúmen, régimen y prescripciones.—Si ahora echamos una ojeada sobre las diversas medicaciones expuestas mas arriba, vemos que no hay ninguna en que se pueda tener mas confianza que en la asociacion de los narcóticos con los astringentes. Es preciso añadir tambien que no se deben usar estos últimos sino hácia el fin de la enfermedad y en el período de colapso. Entonces es cuando se debe recurrir á las lavativas de nitrato de plata de que acabo de hablar. Por último, dígase lo que quiera, es necesario recurrir principalmente á las preparaciones opiadas.

Régimen de la forma aguda.—En esta forma las bebidas consistirán en agua albuminosa, cocimiento blanco, té ligero, uno ó dos litros por dia, y á falta de estas sustancias se prescribirá el agua de cebada perlada ó de arroz, al mismo tiempo que se le podrá dar un huevo pasado por agua, algunos caldos y sopas ligeras. Trousseau (1) atribuye gran importancia á la alimentacion en la nueva forma aguda, y aconseja las panatelas, pudiendo sucesivamente graduar la alimentacion con pescado, huevos y carnero asado, proscribiendo desde luego toda legumbre indigesta.

PRESCRIPCION I.

EN CASO DE DISENTERÍA LEVE NO FEBRIL.

1.° Para tisana, cocimiento ligero de arroz endulzado con jarabe de goma ó de membrillo.

2.° Por mañana y noche una cuarta parte de lavativa de cocimiento de malvavisco, á la que se añade:

Láudano	10 á 12 gotas.	Almidon	4 gram.
Para los niños muy pequeños	1 gota.		

3.° Fomentos emolientes al abdómen.
4.° Baños de asiento.
5.° Dieta severa.

Este tratamiento sencillo tiene siempre felices resultados.

(1) Trousseau, *ouvr. cité*, p. 171.

PRESCRIPCION II.

EN UN CASO DE DISENTERÍA MUY AGUDA CON REACCION VIVA.

1.° La misma tisana ó bien un cocimiento de simaruba, ó el agua albuminosa (véase pág. 461).
2.° Una sangría del brazo si la calentura es fuerte. Veinte ó treinta sanguijuelas al trayecto del intestino grueso, repetidas si el caso lo exigiese.
3.° Tomar cada tres horas una píldora de dos á tres centígramos de extracto tebáico.
4.° Por mañana y tarde una lavativa de semilla de lino con:

Láudano............ 15 á 20 gotas. | Almidon............. ... 5 gram.

Para los niños las mismas dósis que se han indicado arriba.

5.° Dieta severa y quietud tan absoluta como sea posible.

PRESCRIPCION III.

EN CASO DE ABATIMIENTO CONSIDERABLE DE FUERZAS Y DE ENFRIAMIENTO DE LAS EXTREMIDADES, ETC.

1.° Para bebida la que se ha indicado en las precedentes prescripciones, ó bien cocimiento de ratania, de árnica, etc.
2.° Una á dos lavativas al dia, con una solucion de nitrato de plata (véase pág. 460).
3.° Fricciones calientes y secas.
4.° Lo restante como en las prescripciones anteriores.

No indico aquí las medicaciones particulares, pues ya las he expuesto con suficientes pormenores.

Resúmen del tratamiento.—Emisiones sanguíneas, narcóticos, purgantes, astringentes, amargos, tónicos, ferruginosos, nitrato de plata, diaforéticos, agua albuminosa, nuez vómica, preparaciones mercuriales, cera amarilla, medios diversos: fósforo, trementina, píldoras inglesas, etc.; narciso de los prados, bebidas, lavativas y afusiones de agua fria, enemas de agua caliente, medios externos y régimen.

ARTÍCULO VI.

DISENTERÍA CRÓNICA.

Basta solo la lectura de los autores para convencerse de que la disentería crónica no está bien definida, porque casi todos los que han escrito sobre esta materia incluyen bajo este título enfermeda-

des enteramente diferentes, como el cáncer de los intestinos y las afecciones de los demás órganos abdominales que dán lugar á diarreas crónicas, y muchos han tomado por tipo las ulceraciones del intestino grueso de naturaleza específica y que pertenecen principalmente á la enfermedad tuberculosa. Si se consultan los hechos, se ve que es raro encontrar una disentería primitivamente crónica, y que casi no se observa mas que en los casos en que despues de haber empezado de una manera aguda la enfermedad, se prolonga y adquiere algunos caracteres particulares. Pero aun se ofrece aquí una dificultad que está por resolver. ¿Cuándo se puede decir que una disentería ha pasado al estado crónico? Esta cuestion es muy difícil de decidir en muchos casos. Sin embargo, si el movimiento febril ha perdido parte de su intensidad, si las deyecciones han disminuido de frecuencia y, sobre todo, se han hecho purulentas, y hay al mismo tiempo demacracion lenta con los síntomas de la fiebre hética, no se puede dudar de que la disentería se ha hecho crónica.

En vista de lo que acabo de decir, se ve que no hay *causas* particulares de disentería crónica cuya existencia esté demostrada por la observacion. En cuanto á los *síntomas*, habiendo ya enumerado mas arriba los principales, me bastará añadir para completar el cuadro, la expresion de languidez, el enflaquecimiento, la palidez del *rostro*, la *aridez de la piel*, la *sensibilidad al frio*, principalmente en las extremidades, y á veces *derrames de serosidad* en varias partes del cuerpo.

El *curso* de la enfermedad es casi siempre muy lento; *dura* de dos á tres meses y aun mas, y su *terminacion* es casi constantemente fatal.

En cuanto á las *lesiones anatómicas*, tambien es la principal la ulceracion, la cual presenta algunos caractéres particulares. Los mas esenciales son el color azulado ó de pizarra de las partes que ocupa, el engrosamiento considerable de los tejidos y la capa de pus mas ó menos sanioso que cubre las úlceras. Se ha dicho que la afeccion podia degenerar en un verdadero cáncer; pero segun lo que resulta de todos los hechos conocidos, este es un error y han dado márgen á él algunos casos de afecciones cancerosas que lo eran desde el principio.

El *diagnóstico* de la disentería crónica es siempre difícil. Si la afeccion ha empezado por una disentería aguda, si no se encuentra en el abdómen ningun tumor, se puede creer que se trata de una disentería crónica simple; pero aun en este caso es necesario guardar mucha reserva, porque puede muy bien haber una enfermedad orgánica que sea causa de la continuacion de la diarrea, é imperceptible á nuestros medios de investigacion. El tacto rectal dará á conocer los *cánceres* situados en la parte inferior del recto.

El *tratamiento* de la disentería crónica se compone de medios que todos constituyen parte del tratamiento de la aguda, tales son: los *amargos*, los *tónicos* y los *astringentes* á dósis bastante considerable; las *fricciones secas* y *aromáticas* en el tronco, un *régimen* se-

vero y, sobre todo, las lavativas con el *nitrato de plata* (1). Es inútil decir, que no se debe recurrir en esta forma de la afeccion á ninguno de los medicamentos llamados antiflogísticos, y aun menos á las emisiones sanguíneas.

El doctor Scotti (2) ha referido treinta observaciones de curacion de diarrea y de *disentería crónicas*, tratadas de la manera siguiente:

R. Extracto de nogal preparado con la corteza verde de nuez y las hojas verdes	8 á 12 gram.
Limonada mineral	1000 gram.

Se disuelve y se toma la mitad ó una tercera parte de vaso cuatro veces al dia.

Este tratamiento puede ensayarse fácilmente.

J. Delioux de Savignac (3) ha empleado en la disentería crónica un tratamiento parecido al que recomienda Eimer en la aguda (véase p. 50). La tintura de iodo en lavativas con buen éxito. La fórmula empleada por este médico, es la siguiente:

Tintura alcohólica de iodo	10 a 20 gram.	Ioduro de potasio	0°, 50 á 1 gram.
		Agua	200 á 250 gram.

Cuando se emplea el iodo desde luego á una dósis elevada, se administra antes una lavativa emoliente. Si los cólicos persisten con cierto grado de intensidad, se puede usar simultáneamente una lavativa laudanizada que les calma bien pronto: esta medicacion que puede repetirse en el curso del tratamiento, no excluye el empleo de los otros remedios.

El *diascordio* á la dósis de uno á tres gramos, los polvos *óleo-calcáreos*, á la de 2 á 15 gramos, son de mejores resultados en la forma crónica que en la aguda, particularmente en esa forma que se combate con las lavativas de nitrato de plata.

Régimen de la forma crónica.—En esta debe ser el régimen muy severo porque el menor exceso hace reaparecer la disentería. Conviene mucho sostener las fuerzas del enfermo y en esta forma, sobre todo, es preciso insistir en los caldos, sopas de pan, huevos, pescados, carnes asadas. Delioux de Savignac (4) recomienda las carnes poco cocidas. A las comidas, se puede beber vino viejo mezclado con agua, ó té ligero: en los países cálidos el café negro aprovecha.

Cuando es rebelde la enfermedad no debe olvidarse el *cambio de aire*, acerca de lo cual Cornuel (5) insiste con razon.

(1) Véase DISENTERÍA AGUDA, p. 49.
(2) *Gazzetta medica di Milano*, 1846.
(3) Delioux de Savignac, *Traité de la dysenterie*, p. 440, et *Bulletin général de thérapeutique*, 16 Enero 1853.
(4) Delioux de Savignac, *ouv. cité*, p. 477.
(5) Cornuel, *Mémoire sur la dysenterie observée à la Guadeloupe* (*Mém. de l'Acad. de med.*, t. VIII, 1840, p. 100 et suiv).

En el tratamiento de la disentería está por hacer el estudio de las aguas minerales; sin embargo, se recomiendan las aguas bicarbonatadas sódicas y las aguas sulfurosas.

ARTÍCULO VII.

ENTERORREA, LIENTERIA, GANGRENA DEL INTESTINO.

Aunque la enterorrea es una afeccion muy rara, no obstante, se han reunido algunos ejemplos, de los que los mas interesantes son los que Grisolle ha citado en su *Tratado de patología*, distinguiéndose entre ellos el caso observado por el mismo Morgagni, y el muy reciente por un médico del Hotel'Dieu. Como la enterorrea es una enfermedad muy poco conocida, y acerca de su tratamiento solo tenemos algunos datos inciertos, solo diré muy pocas palabras de ella.

Los fenómenos característicos de la afeccion son *deyecciones serosas* y tan *abundantes*, que en el caso que refiere Morgagni la cantidad de líquido arrojada ha sido de ocho kilógramos en doce horas, y que en un enfermo observado por Poterius, llegó á 20 kilógramos en veinticuatro horas; un *dolor* muy ligero en el vientre ó ninguno; *debilidad* excesiva que por lo comun se prolonga mucho siempre despues de la curacion, y *enflaquecimiento* rápido.

En algunos casos se han visto coincidir flujos de esta especie con la curacion rápida de algunas enfermedades, y, sobre todo, de diferentes hidropesías, siendo entonces *flujos intestinales críticos*. Estos casos son muy raros, y en el dia que se observa con mucha atencion, no se encuentran con tanta frecuencia como en otro tiempo. En cuanto al orígen del líquido excretado, y sobre el *tratamiento* mas oportuno para cohibir el flujo, no tenemos mas que conjeturas.

Los autores antiguos, describen otras afecciones caracterizadas por deyecciones alvinas, á las que se ha dado el nombre de *flujo celiaco*, *lienteria*, etc.; pero en el dia estos diferentes flujos se refieren á otros estados morbosos, y no se consideran ya como enfermedades particulares. Solo diremos aquí que se describia el *flujo celiaco* como una enfermedad en que el quimo y aun el quilo se precipitaba en los intestinos y era arrojado por el ano sin haber sido absorvido. Sin duda el aspecto de las materias excrementicias habia hecho cometer este error en ciertos casos, cuando los médicos se contentaban con una observacion superficial.

La *lienteria* no es otra cosa que un estado morboso en el cual, en medio de las materias líquidas excretadas, se encontraban alimentos mal digeridos; pero ya hemos visto que este fenómeno se debe atribuir principalmente á diversas especies de indigestion.

Solo diremos aquí que en la *lienteria de los niños de pecho*, Trousseau (1) prescribe primero la *sal de Seignette* (tartrato de potasa y sosa) á las dósis de dos á cinco gramos. Si la enfermedad se resiste dá de 5 á 15 centígramos de *magnesia calcinada* en un poco de leche. Por último, si estos medios no producen efecto, se recurre al *sub-nitrato de bismuto* á la dósis de 5 á 10 centígramos ó á la *sal comun* de dos á cuatro gramos. Por mi parte he visto que los *opiados á cortas dósis* producen siempre buenos efectos, y no tienen el inconveniente que algunas veces presentan los medios precedentes de producir una diarrea demasiado abundante.

Tampoco me extenderé mucho sobre la *gangrena* de los intestinos, debida ya á un exceso de inflamacion, ya á la presencia de cuerpos extraños, en una palabra, á causas que deben considerarse como afecciones particulares, de las cuales la gangrena no es mas que una consecuencia. Lo mismo sucede con la *dilatacion intestinal* que no tiene ni con mucho la importancia que la del estómago; pero diremos ahora dos palabras acerca de la perforacion y de la rotura de los intestinos.

ARTÍCULO VIII.

PERFORACION Y ROTURA DE LOS INTESTINOS.

Lo perforacion intestinal, es un punto interesante á causa de la *peritonitis* sobreaguda que la sigue. Bajo este punto de vista merece estudiarse con cuidado; pero no es este el lugar adecuado de dedicarnos á su estudio que será mas oportuno en el artículo en que se trate de la peritonitis.

Es bien raro que se siga la perforacion á una *úlcera simple* de los intestinos, y aun de ningun modo está probado que en los casos citados para demostrar la posibilidad del hecho no se tratase de *ulceraciones tifoideas*, *tuberculosas ó cancerosas*. Por lo demás, en todos los casos la perforacion no dá lugar de por sí á ningun síntoma, y solo es notable por sus consecuencias.

Las *causas* que se han admitido de la perforacion son, además de las *heridas penetrantes* y la *presencia de cuerpos extraños* en los intestinos, la *gangrena*, las *úlceras disentéricas*, *tifoideas*, *tuberculosas*, *cancerosas* y la *destruccion* de las paredes de los intestinos de fuera á dentro por diversas causas orgánicas, como los *abscesos* de los órganos abdominales, los *aneurismas*, los *entozoarios*, etc.

El doctor Bizot (2), de Beaume, ha visto en una señora de cua-

(1) Trousseau, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, Marzo 1849.
(2) Bizot (de Baume), *Bulletin de la Societé de médecine de Besançon*, 1845.

renta y cinco años, salir *lombrices* por una herida abdominal, que resultó de la caida de una escara, sintiendo aquella dolores atroces en el momento en que estas lombrices perforaron los intestinos. Esta enferma se curó perfectamente.

Basta esta simple indicacion, porque el entrar en pormenores mas extensos, no tendria ninguna utilidad para el práctico. Esta es una cuestion de patología general, ó mas bien de anatomía patológica en que no debemos detenernos, pues tendremos que volver á hablar de ella, al tratar de la *peritonitis sobreaguda*.

Aun es menos interesante para el patólogo la *rotura de los intestinos*. Una enorme *dilatacion* de estos órganos puede, segun algunos autores, dar lugar á este accidente; pero los casos de esta especie son muy raros. Casi siempre la producen las violencias externas, y entonces, lo mismo que en la perforacion, lo que interesa es la peritonitis subsiguiente. Por esta razon no insistiremos mas sobre estas lesiones que no tienen mas importancia que ser causas evidentes de una afeccion muy grave.

ARTÍCULO IX.

ESTRECHEZ DE LOS INTESTINOS.

La estrechez de los intestinos es muy rara en el *estado de simplicidad*, es decir, sin haber una afeccion cancerosa ó una ulceracion tuberculosa. Sin embargo, algunos autores afirman que han observado ejemplos de ella, y segun Krisch y Walther (1), citados por los autores del *Compendio de medicina práctica*, habria estrecheces intestinales debidas al *acortamiento*, á la *inercia*, al *estupor de las fibras carnosas*, así como á la *astriccion*, á la *hipertrofia* y al *espasmo;* pero aun no se halla demostrada la existencia de estas diversas especies.

Las *estrecheces del recto*, órgano que es el mas expuesto á padecerlas, pueden ser segun Laugier, el resultado de *infartos* producidos por la *sífilis constitucional*, *bridas* formadas por la induracion del tejido sub-muçoso, y entre otros casos, un tabique con una abertura central estrecha, disposicion tambien atribuida á la sífilis por A. Berard y Maslieurat Lagemard (2). En vista de este corto número de datos se puede conocer cuán poco sabemos acerca de la *estrechez simple de los intestinos*. Algunas veces se ha encontrado una *estrechez congénita* que se refiere á una de las especies admitidas por

(1) Krisch et Walther, *Dissert. de intest. angust.* Leipzig, 1731.
(2) Maslieurat-Lagèmard, *Gazette médicale*, Marzo, 1839.

Krisch y Walther, es decir, á la que consiste en el acortamiento de las fibras.

La *estrechez del recto* es la única que es accesible al tratamiento, y de ella es de la que se tratará principalmente en este artículo, que á causa de los escasos datos que poseemos, no permite entrar en grandes pormenores.

Los *síntomas* de la estrechez intestinal son un *estreñimiento* mas ó menos pertinaz, á veces seguido de una *diarrea* abundante, resultado tardío de los purgantes usados á altas dósis para promover la defecacion. Tambien debemos indicar el *volúmen* y la *tension del vientre* por encima del obstáculo, la inflamacion del vientre, la aparicion de unas *abolladuras* producidas por las asas intestinales; el *hipo*, *náuseas y vómitos* de materias alimenticias ó biliosas. En fin, se pierde el apetito, las digestiones se hacen muy lentas y difíciles y el enfermo cae en consuncion. Cuando la estrechez ocupa el recto, hay *pesadez hácia* el *perine* y *dificultad en la emision de la orina*, debidas á la compresion de la vejiga por las materias fecales acumuladas por encima del obstáculo. Si la estrechez no se halla situada demasiado arriba, se debe reconocer con el dedo una contraccion con una abertura estrecha y bordes duros, cuya existencia es preciso tratar siempre de averiguar.

En una época algun tanto adelantada de la enfermedad, es muy difícil vencer el estreñimiento. Si aun hay deyecciones de cuando en cuando, presentan estas de notable que las materias arrojadas tienen un diámetro muy pequeño, son como *cintas*, como *pasadas por hilera;* en una palabra, presentan la forma de la abertura estrecha por la que han pasado. Mas adelante se suspende toda excrecion, el vientre se pone enorme, la *ansiedad* es extremada, se observan á veces *vómitos de materias fecales*, y el enfermo sucumbe ya por los progresos de una *peritonitis general*, debida algunas veces á una rotura del intestino, ya por los largos padecimientos que ha sufrido.

Esta enfermedad es *crónica*, y el primer síntoma es el estreñimiento que se manifiesta poco á poco. Su *duracion* es indeterminada. Cuando no ocupa el recto ó una parte poco alta de la S ilíaca, hay que considerarla como mortal, porque nuestros medios de tratamiento no pueden contener sus progresos ni suplir el paso de las materias.

Ya hemos visto mas arriba á qué *causas orgánicas* se debe atribuir la afeccion. El doctor Corbin (1) ha tratado de probar que la estrechez era casi siempre consecuencia de una *ulceracion;* pero la ulceracion ¿es ó no de naturaleza cancerosa ó tuberculosa? Esto no puede resolverse por los hechos que ha citado, y de los cuales el mas notable es el comunicado por el doctor Pages. Efectivamente,

(1) Corbin, *Observations sur quelques cas d'iléus et sur le rétrécissement de l'intestin.* (*Archives générales de médecine*, 1.ª série. París, 1830, t. XXIV, p. 214.)

este médico ha encontrado en un caso observado en el hospital de la Caridad, once estrecheces sucesivas que correspondian á otras tantas úlceras. Por otra parte Louis (1) ha demostrado que la estrechez era frecuente en los tuberculosos, y tenia por causa orgánica la ulceracion. Con este motivo ha citado hechos muy interesantes, y en los cuales ha desempeñado un gran papel la lesion intestinal. Estos hechos prueban que la estrechez intestinal no es, la mayor parte de los casos á lo menos, mas que una afeccion ligada con una enfermedad antecedente, y que la ulceracion que la determina es por sí misma una alteracion dependiente de la enfermedad primitiva.

L. Gosselin (2) observó muchos casos de retracciones sifilíticas del recto: la lesiones ocupaban en unos el ano, en otros la porcion esfinteriana y en los demás la ampular. Coincidiendo muy frecuentemente con estas lesiones una hipertrofia de la epidermis y de las papilas (condilomas) especie de prolongaciones fibróides mas ó menos voluminosas. La mucosa al nivel del esfinter, se presenta roja y tumefacta, mamelonada, con ulceraciones ó cicatrices. Y por encima del esfinter estaba la retraccion propiamente dicha formada por un tejido duro, inestensible, al nivel del cual era tan considerable la estrechez, que no permitia el paso al dedo indicador.

Gosselin no ha visto, sin embargo, retraccion bastante què se opusiese completamente al paso de las materias fecales. Los síntomas son: dificultad y dolores para defecar cuando hay constipacion, lo que es raro, pues lo mas comun es que haya diarrea, sobre todo, si la enfermedad es crónica. A muchos enfermos observados por Gosselin no se les movia el vientre sino cada tres ó cuatro dias, y las deposiciones á las que precedian cólicos violentos y prolongados, eran casi siempre líquidas.

La *supuracion* es uno de los síntomas mas constantes y significativos, pues el pus sale por el ano, ya aislado, ya mezclado con materias fecales. Esta enfermedad amenaza un empobrecimiento rápido y algunos enfermos de los que observó Gosselin se hicieron tuberculosos.

El *diagnóstico* de la estrechez de los intestinos que se halla situada por encima del recto es muy difícil, á lo menos cuando se trata de una simple estrechez. En efecto, hay casos en que no se puede decir si es una *extrangulacion interna* ó una simple estrechez. Sin embargo, ya veremos mas adelante que en la extrangulacion *interna* tiene la enfermedad un curso menos contínuo; que los accidentes despues de haberse reproducido muchas veces, se manifiestan rápidamente con una violencia muchas veces extremada, y estas consideraciones podrán servir de guia para el diagnóstico.

(1) Louis. *Recherches sur la phthisie*. 2.ª edicion. París, 1843, p. 559.
(2) Gosselin, *Recherches sur les rétrécissements syphilitiques du rectum* (*Archives de médecine*, 5.ª série, t. IV, p. 666, 1854).

En cuanto al *diagnóstico de la estrechez del recto* en particular, se le puede formar por medio del cateterismo haciendo uso de candelillas exploradoras, y empleando el aparato indicado por Laugier; pero estos pormenores son mas propios de la cirujía, por lo cual no debo insistir aquí sobre ellos. Algunas veces penetra el dedo hasta una estrechez, y entonces se puede hasta cierto punto asegurarse de si se trata realmente de una estrechez simple, semejante á las que se han indicado mas arriba.

Tambien pertenece á la cirujía lo principal del *tratamiento* de la estrechez del recto. Los *diluentes*, los *purgantes*, las *lavativas* de diversas especies no son en efecto mas que *paliativos*. Los verdaderos medios *curativos* son la *introduccion de candelillas*, de *mechas*, la *incision* de las bridas, la *cauterizacion* de la parte estrechada, y en fin, en el caso en que la estrechez es tan grande que hay una verdadera obturacion cuando no puede vencerse y persiste largo tiempo la retencion de las materias, el establecimiento de un *ano artificial*, ya por el método recientemente acreditado por Amussat (1), ya por cualquiera de los otros que se han usado. Basta lo dicho para comprender que no me debo detener mas sobre estos puntos, porque sería salirme del dominio de la patología interna.

Hay retracciones congénitas del intestino y esta mal formacion puede presentarse en todos los grados desde la simple estrechez del intestino á algunos centímetros por encima del ano que no está perforado, hasta la presencia de un tabique membranoso que separa del exterior la cavidad del intestino, que se estira por los esfuerzos que hace el niño para la expulsion del meconio. El mismo vicio de formacion se encuentra en los casos en que una estrechez en forma de trayecto fistuloso, ya directo, ya oblícuo, remontándose hácia el saco ó al contrario en direccion al coccix, va á reunirse al recto y figura el ano. Estos hechos han sido bien estudiados por Depaul en estos últimos tiempos, tanto que han sido objeto de muchas Memorias (2). Es pues, importante reconocer inmediatamente estos vicios de conformacion porque son algunas veces curables.

ARTÍCULO X.

EXTRANGULACION INTERNA.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Antiguamente se designab[illegible]l nombre de *íleo* todos los obstáculos al curso de las materias [illegible]inales. En estos últimos tiem-

(1) Amussat, *Quelques réflexions pra*[illegible] *sur les obstructions du rectum* (*Gazete med. de Paris*, 1839).
(2) Depaul, *Societé de biologie* et *Societé* [illegible]*e chirurgie*.

pos ha habido tendencia á reemplazar esta palabra por la de *extrangulacion interna;* sin embargo, ni uno ni otro deben tener una significacion tan extensa, pues el obstáculo al curso de las materias es ocasionado por demasiadas causas diferentes para que se puedan reunir todas las variedades en una sola y misma clase. En efecto, basta que haya una simple estrechez, un tumor en el intestino ó fuera de él, ó bien un cuerpo extraño, y aun una acumulacion de materias fecales en un punto cualquiera de aquel órgano, para que se encuentre interrumpido el curso de las materias fecales. Era, pues, necesario desechar por una parte el nombre de *ileo* que no puede aplicarse á ninguna enfermedad determinada, y por otra definir bien qué se debe entender por la palabra *extrangulacion interna.*

En una Memoria recientemente publicada, Rokitansky (1) admite tres especies de ella: una que no es mas que la *estrechez* ó la *obliteracion* causada por una *presion externa;* otra que consiste en el *arrollamiento* de una porcion del intestino alrededor de un eje formado por otra parte de él; y otra que es la extrangulacion producida por *anillos*, *bridas celuloso-membranosas*, la adhesion del apéndice vermiforme, etc.

El doctor Benj. Phillips (2) ha averiguado cuál era la frecuencia de la obstruccion intestinal considerada de un modo general, es decir, cualquiera que sea la causa que intercepta el curso de las materias, y ha encontrado que entre 2392 autopsias hechas por varios autores, esta disposicion anormal existia veintidos veces, es decir, una vez por 100.

§ II.—Causas.

J. Cruveilhier (3) indica un gran número de causas de obstrucciones intestinales, señalando en primera línea las hernias reducidas con el saco, ya por la taxis practicada por el cirujano haciendo volver á entrar la hernia con la causa material de la extrangulacion, y á que esto tenga lugar espontáneamente ó bajo la influencia de una violencia exterior. Cuando el saco herniario se haya situado entre el peritoneo desprendido y la pared posterior del abdómen, puede parecer entonces la reduccion tan completa como posible, y los esfuerzos que se le manden hacer al enfermo no bastarán para presentar fuera

(1) Rokitansky, *Sur les étranglements internes des intestins*, extrait du *Med. Jahrb. des oestr. Sc.*, XIX[e] vol., 1836 (Archives gén. de médecine, 1837, 2.[a] série, t. XIV, p. 202).

(2) B. Phillips, *Observation on intestinal obstructions depending on internal causes; and on the means to be employed for their relief*. París, 1852, t. II (*London med. chir. Trans.*, 1843, t. XXXI, p. 1).

(3) J. Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*. París, 1852, t. II, p. 214.

el tumor: tambien puede estar el saco incompletamente reducido, si se coloca entre los músculos de las paredes abdominales. En todos estos casos escapa la extrangulacion á la mano del operador.

Segun Cruveilhier hay cinco grandes categorías de retracciones ú obliteraciones intestinales:

1.° Interceptacion por cuerpos extraños.

2.° Compresion exterior por aneurismas de la aorta, tumores vecinos del intestino, quistes del ovario, bridas, un anillo constrictor, retorcimiento del mesenterio, invaginacion.

3.° Lesiones de las paredes, inflamacion, cicatriz anular fruncida, pólipos del intestino.

4.° Contraccion muscular (histeria).

5.° Interceptaciones congénitas.

En una Memoria premiada por la Academia de Medicina en 1859, en que se hace el análisis minucioso de mas de 600 casos de extrangulaciones internas, Duchaussoy (1) ha dividido las extrangulaciones en dos grandes clases; la primera comprendiendo la *extrangulacion nerviosa* ó sea la *extrangulacion espasmódica;* la segunda las *extrangulaciones debidas á agentes que se pueden reconocer despues de la muerte*. Hay extrangulaciones del mesenterio y extrangulaciones del intestino.

I. Las *extrangulaciones del mesenterio* pueden ser producidas por agentes que se pueden reconocer despues de la muerte: estos casos son raros, pues Duchaussoy no refiere mas que tres observaciones y la manera como la extrangulacion del mesenterio se produce, es muy difícil de explicar satisfactoriamente.

II. Las *extrangulaciones del intestino* son mas frecuentes.

1.° Son resultado de agentes que existen *en el tubo* intestinal extrangulado, ó bien en las paredes de este tubo: estos agentes tienen conexiones de estructura con las paredes del punto extrangulado, ó son debidas á simples modificaciones de situacion de las referidas paredes. En este género se hallan: *A*. las invaginaciones propiamente dichas que son las mas numerosas y frecuentes (135) Duchaussoy y que estudiaremos en un capítulo aparte, torsiones, enroscamientos y extrangulaciones del intestino por el intestino (21, *D*.); *B*. extrangulaciones internas producidas por *retracciones* (86) debidas á pólipos, productos cancerosos, sifilíticos, hipertrofia papilar, del tejido fibroso, muscular, celular, á válvulas, bridas cicatriciales resultado de flegmasias crónicas y de la presencia de líquidos en las túnicas intestinales.

2.° *C*. La extrangulacion interna puede igualmente ser causada por

(1) Duchaussoy, *Anatomie pathol. des étranglements internes* (*Mém. de l'Acad. imp. de méd.*, t. XXIV, 1860, p. 97).—Véase aussi Besnier, *Des étranglements internes de l'intestin*. París, 1860.—Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*. 1865, t. III, p. 190.

agentes que no tienen conexion de tejido con el tubo intestinal, cuyos agentes que dán lugar á la *oclusion*, son suministrados por el organismo ó vienen de fuera.

En medio de los cuerpos extraños que pueden desarrollar los fenómenos de extrangulacion interna, es preciso señalar los cálculos biliarios, concreciones gástricas formadas por fibras de vegetales alimenticios mezclados con alguna tierra suave; cuerpos duros é indigestos como huesos ú objetos tragados inadvertida ó caprichosamente ó con intencion de suicidarse, como lo demuestran un gran número de ejemplos; huesos de cerezas tragados en mucho número formando una masa compacta; pepitas y mondas de ciertas frutas (albérchigos, uvas) tragadas tambien en gran cantidad y precipitadamente; lombrices enroscadas unas con otras ó alrededor de cuerpos alimenticios mal digeridos formando tapon, etc., así como otras causas de la misma naturaleza, fueron registradas.

Cruveilhier marca todavía las concreciones fecales: «dice este observador; en el ciego y, sobre todo, en la redoma rectal es en donde se acumulan estas concreciones, que tengo vistas en una anciana de la Salpetriere, que llenaban y distendian de una manera extraordinaria el recto, la S iliaca y el colon ascendente, *concluyendo por determinar todos los accidentes de la extrangulacion.*

D. La extrangulacion intestinal puede ser producida por agentes que existen fuera de la porcion del tubo extrangulado.

1.° Estos agentes son suministrados por el intestino ó por su dependencia, tales como el apéndice íleo-cecal, una porcion de intestino arrollado sobre otro, una brida ó cuerda formada por el mesenterio, por el epiplon, meso-colon; una abertura hecha al través de los tejidos y en la cual haga hernia el intestino como en el hiato de Winslow, una abertura del diafragma, mesenterio, etc.

2.° O bien la extrangulacion es debida á otros órganos que comprimen el intestino: Duchaussoy ha reunido veintidos observaciones en que la extrangulacion intestinal era producida por el bazo, páncreas, útero prolapsado ó afectado de tumores fibrosos, quistes, ciertas enfermedades de los ovarios, ligamentos redondos y largos, flemones de la fosa ilíaca y la pared abdominal entreabierta, etc.

Segun resulta de las investigaciones de Rokitansky, la extrangulacion externa que se ha descrito con los nombres de *ileus, passio iliaca, miserere mei, vomitus estercoris, volvulus*, etc., puede afectar á *todas las edades*. No obstante, se observa mas frecuentemente en los adultos ó en una edad avanzada. Segun una observacion de Gendron (1), Bouchut (2) se puede ver la extrangulacion interna inmediatamente despues de nacer.

(1) Gendron, *Note sur un étranglement interne congénital de l'intestin grêle et du gros intestin* (*Archives générales de médecine*, 1825, 1.ª série, t. VIII, p. 494).
(2) Bouchut, *Mal. des nouveau-nés*. París, 1862, 4.ª edicion, p. 577.

Casi todas las *causas* determinantes de la extrangulacion interna son orgánicas; por lo cual difiero su descripcion para cuando trate de las lesiones anatómicas que expondré sucintamente mas adelante. En algunos casos, como en aquellos en que los intestinos se encuentran introducidos en un anillo fibroso ó pasan rápidamente bajo una brida, pueden explicar la produccion del accidente los esfuerzos hechos por el enfermo; pero en otros nada de esto existe, y el curso de la enfermedad, que vamos á exponer, prueba que se ha verificado lentamente la extrangulacion.

§ III.—Síntomas.

Síntomas.—Segun Rokitansky, los síntomas de la extrangulacion interna, considerada de un modo general, son los siguientes: durante un período mas ó menos largo antes que se verifique la terminacion fatal, el enfermo presenta de cuando en cuando, dice este autor, síntomas que indican la extrangulacion del intestino. Estos proceden ya de *faltas en el régimen*, ya de un *esfuerzo violento*, y empiezan generalmente por un dolor agudo y repentino en los intestinos. En algunos casos este dolor parte de un punto determinado, y es seguido mas ó menos pronto de una *distension notable del abdómen*, de *timpanitis* y *de constriccion del pecho*, igualmente que de una gran *ansiedad*, *náuseas y vómitos* segun la violencia y la antigüedad de la extrangulacion. Mientras duran estos síntomas y aun muchas veces en los intervalos que dejan, son raras las *deposiciones* y aun se observa un *estreñimiento* permanente y pertinaz.

«El último ataque tiene siempre, segun Rokitansky, un aspecto particular. Casi siempre es producido por algun extravío en el régimen, y se anuncia por un *dolor* intestinal repentino y violento, que se extiende muy pronto á todo el abdómen. El vientre *se eleva* excesivamente, la *respiracion es laboriosa*, los *ojos* se hunden, la *cara* se altera y expresa gran *ansiedad*, las *evacuaciones alvinas* son poco abundantes y raras, y las mas veces hay *estreñimiento* pertinaz. Los *vómitos* que al principio son *biliosos*, estan despues formados por *materias fecales*; el *calor* general se disminuye y el *pulso* apenas se percibe. Todos los síntomas remiten por lo comun poco antes de la muerte.»

Estos síntomas pueden considerarse como una expresion bastante exacta de lo que sucede ordinariamente en los casos de extrangulacion interna; sin embargo, conviene decir alguna cosa sobre el modo con que se suceden. Louis (1) ha notado que en los primeros dias no se observan mas que *síntomas gástricos*, y que los demás síntomas

(1) Louis, *Observations relatives à l'étranglement interne de l'intestin grêle* (*Archives générales de médecine*, 1827, 1.ª série, t. XIV, p. 185).

característicos no se manifiestan hasta una época mas ó menos avanzada y sucesivamente. Sin pretender considerar este hecho como regla general, importaba mucho darle á conocer para no tomar por afecciones gástricas ciertos casos de extrangulacion interna.

Los *vómitos* son á veces puramente biliosos y esto no solo se ha notado en algunas observaciones recogidas por Rokitansky, sino tambien en otras muchas esparcidas en las diferentes colecciones.

La *timpanitis* intestinal es un signo que jamás falta en los casos de obstruccion: toda la parte comprendida por encima de la retraccion está tumefacta por gases; el vientre no tarda en adquirir un volúmen considerable, presentándose entónces todos los síntomas de una peritonitis, vientre tenso y dolorido, vómitos, eructos, ojos hundidos, facies colérica y gran axtriccion de vientre: frecuentemente hay un depósito considerable de serosidad en el peritoneo. La extrangulacion interna puede producirse bruscamente sin causa conocida, pero no adquiere mucha gravedad ni se reconoce sino al cabo de algunos dias.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

Como acabamos de ver, segun la descripcion trazada por Rokitansky, el *curso* de la enfermedad es irregularmente intermitente. En efecto, si se examinan las observaciones, se ve que precedieron varios ataques al que arrebató al enfermo, y que estos ataques caracterizados por los síntomas de la suspension del curso de las materias, van aumentando de violencia á medida que se acercan al último. Sin embargo, no es esta una regla que carezca de excepcion; lo que se concibe fácilmente, cuando se recuerda que se puede producir la extrangulacion, quizás por el paso rápido de una asa de intestino por una abertura demasiado estrecha. Tambien en ciertos casos, progresando imperceptiblemente la extrangulacion, á pesar de que los enfermos no hayan cometido las faltas en el régimen, que segun Rokitansky producen los ataques, la enfermedad que habia dado lugar á síntomas contínuos, y sobre todo, á un largo estreñimiento, acaba por determinar accidentes terribles prontamente seguidos de la muerte. De aquí se sigue que la *duracion* de la enfermedad es muy variable. En cuanto á la duracion de lo que Rokitansky llama ataques, se puede decir en general, que es de unos quince dias á tres semanas. Sin embargo, hay casos en que sobreviene la muerte mucho mas pronto.

¿Es siempre *fatal la terminacion?* Asi parece que sucede en la extrangulacion interna, tal como la hemos definido mas arriba. Pero si se quisiese incluir en esta enfermedad el *atascamiento del intestino* y el *vólvulo*, nos aconteceria lo mismo; porque en estas últimas afecciones se puede obtener muy bien la curacion.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Tampoco nos debemos detener mucho en las *lesiones anatómicas*. Unicamente decimos que la extrangulacion está producida por *bridas* celulo-fibrosas, como en el caso observado por Louis, por *adherencias del apéndice vermicular*, por un *divertículo del intestino*, como en una observacion de Rayer (1), y en otra referida por el doctor Tinniswood (2), quien ha visto en un niño de seis años y medio, una extrangulacion interna causada por una brida que formaba un apéndice del intestino delgado, cuya extremidad iba á adherirse á otra porcion del mismo intestino; por los diversos *anudamientos* descritos por Rokitansky; por pasar un asa del intestino por una abertura demasiado estrecha: en las *dislaceraciones del mesenterio* del *epiplon*, en una *abertura del diafragma*, como de ello ha citado Sigaud (3) un ejemplo, en el hiatus de Winslow (Obs. de Blandin) etc.; en fin, por los diversos *tumores* que puede haber alrededor del intestino y estrechar su calibre.

El doctor Mackenzie (4) ha visto dos casos de extrangulacion intestinal que resultaba de la *torsion de la S del cólon* sobre sí mismo. El doctor R. L. Hardy (5) ha citado un caso en el cual la extrangulacion intestinal habia sido ocasionada por el *anudamiento de una asa del intestino alrededor del pedículo de un quiste del ovario*. El doctor Bainbridge (6) ha observado en un hombre de cincuenta y tres años, una extrangulacion intestinal causada por la presencia de un *bazo supletorio en el epiplon mayor*, y el doctor Alonzo ha visto el mismo accidente ocasionado por la *dislocacion del bazo y del pancreas* (7).

En un caso citado por Chomel (8), la extrangulacion interna fué producida por un tumor canceroso que ocupaba la parte media del intestino delgado.

Como no seria útil, bajo el aspecto práctico, entrar en mayores detalles, solo diré dos palabras acerca de las bridas celulo-fibrosas. ¿Se deberán atribuir estas á la inflamacion? Puede ser en algunos casos, pero es evidente que no en todos. En la observacion que ha cita-

(1) Rayer, *Cas mortel d'entérite et de péritonite déterminé par un diverticule de l'iléon, cause d'étranglement (Archives générales de médecine,* 1824, 1.ª série, tomo V, p. 68).
(2) Tinniswood, *London and Edinburgh monthly Jornal, juillet*, 1844.
(3) Sigaud, *Etraglement des viscères abdominaux par une ouverture congénitale du diaphragme (Archives générales de médecine,* 1827, t. XIII, 1.ª série, p. 130).
(4) Mackenzie, *Remarques sur l'étranglement interne des intestins et sur son traitement* (*London med. Gaz.*, 1848).
(5) Hardy, *The Lancet,* avril 1845.
(6) Bainbridge, *London medical Gazzete*, décembre 1846.
(7) Alonzo, *Arch. della medic. espan. y estran.*, octobre 1846.
(8) Chomel, *Étranglement interne* (*Union médicale*, 8 janvier 1850, p. 13).

do Louis, ha buscado en vano vestigios de inflamacion, y en la de Gendron manifiestamente no se debia atribuir á esta causa la produccion del obstáculo congénito al curso de las materias.

Para terminar la indicacion de las lesiones, basta decir que las principales son: el desarrollo considerable de la porcion de intestino situada por encima del obstáculo; la acumulacion de materias fecales y de gases; el engrosamiento de las paredes intestinales á consecuencia de esta dilatacion, y á veces la inflamacion de la parte de intestino extrangulada y una peritonitis consecutiva.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* de esta afeccion presenta á veces verdaderas dificultades, no porque la haya en distinguir la extrangulacion de cualquier otra enfermedad, sino porque es con frecuencia muy difícil diferenciar sus diversas especies entre sí. Sin embargo, diremos que la palpacion y la percusion dan á conocer la que es ocasionada por un *tumor que comprime el intestino*; que los mismos medios de exploracion y el sitio que ocupa este tumor dan á conocer la *invaginacion intestinal*, de la que se hablará muy en breve, y por último, que se deberá examinar atentamente las regiones inguinales, el ombligo y la línea blanca, para asegurarse de que no existe *hernia*, y preguntar al enfermo con cuidado sobre los fenómenos que se han manifestado por esta parte; porque importa mucho, y se concibe bien el por qué, saber si la extrangulacion interna es debida á esta causa, de la que no he hablado, porque los hechos de esta especie son del dominio de la cirujía.

Precisaremos esta parte importante guiándonos por las dos Memorias de Duchaussoy y de Besnier.

Reconocida que sea una extrangulacion interna, se presentan tres cuestiones: Besnier (1).

1.° ¿Cuál es la naturaleza del obstáculo al curso de las materias?

2.° ¿Cuál es su asiento?

3.° ¿Cuáles son las relaciones del intestino afectado con las paredes abdominales?

I.—*A*. En la invaginacion se observa vómitos comunmente biliosos, rara vez estercoráceos, constipacion (40 veces, *D.*), y deposiciones disentéricas, algunas: el vientre hundido al principio se levanta mas tarde, notándose la sensacion de un tumor duro, ovoideo, de volúmen variable, percibiéndose en algunas ocasiones movimientos análogos á los del intestino que determinan cambios de lugar: el asiento del tumor existe generalmente á la izquierda, en la region media é inferior del intestino grueso, cosa que se puede demostrar por el tacto

(1) Besnier, *ouvr. cité*, p. 292.

anal, por el cateterismo con la sonda exofágica juntamente con la percusion si la invaginacion ocupa el intestino delgado; el asiento tiene menos fijeza, así es que la percusion no dá comunmente resultado.

B. En las *retracciones* la enfermedad comienza lenta y gradualmente; se asiste, por decirlo así, á su formacion. Hay desde luego antecedentes muy importantes para el diagnóstico; tales son: enteritis crónicas, ulcerosas, sifilíticas (Gosselin), tuberculosas, cancerosas, hernias antiguas, extranguladas ó reducidas, heridas del intestino, etc. A estos antecedentes se añaden los signos actuales que consisten en vómitos estercoráceos ó constipacion al principio incompleta, interrumpida por deposiciones sanguinolentas, gangrenosas; la distension del abdómen es gradual, porque el tumor, á medida que se forma, tiende á descender. En algunos casos establece la caquexia. Si las retracciones por hipertrofia tienen lugar comunmente en el intestino grueso, las retracciones cicatriciales é inflamatorias se realizan en el intestino delgado. Para el diagnóstico de las provocadas por un pólipo, no tenemos otro medio de exploracion mas que el dedo.

C. En las retracciones por *oclusion*, es en general fácil el diagnóstico: los antecedentes pueden ser de gran valor; si existe constipacion despues de mucho tiempo y ésta terminó por la expulsion de materias en gran cantidad; si mas tarde esta constipacion se hace casi absoluta, el vientre se distiende gradualmente; si se forma un tumor que tenga asiento *determinado* en el recto, S iliaca ó en el ciego; en el primer caso el dedo, en el segundo la sonda, en el tercero la palpacion, pueden contribuir para diagnosticar la oclusion. Preciso es, sin embargo, proceder con calma para no confundir esta oclusion con la preñez, con cáncer y hernias: los desobstruentes ayudarán al diagnóstico.

La oclusion puede ser producida por *cuerpos extraños* y en este caso deben ser un gran elemento de diagnóstico los antecedentes, el conocimiento del régimen seguido por el enfermo, la exploracion por sondas, palpacion, etc. (1). Si aquellos son cálculos biliarios, deben encontrarse ademas de la edad y el sexo, los antecedentes de cólicos hepáticos; si huesos, se observa una especie de crepitacion; si vermes, el antecedente de la edad del enfermo (dos á diez y seis años), el régimen vegetal, lácteo, la expulsion anterior de vermes intestinales por el estómago ó el ano, etc., etc., son de gran significacion para arribar al diagnóstico.

D. Si la extrangulacion tiene lugar en el apéndice ileo cecal, la enfermedad empieza casi siempre bruscamente, abriéndose la escena morbosa con vómitos y un dolor violento en un punto determinado: se han observado algunas veces como causas ocasionales, esfuerzos,

(1) J. Cloquet, thèse de concurs por la chaire de clinique externo, et Musée Dupuytren, n.° 182 (*Académie des sciences*, 1850).

comidas en gran cantidad, la extension vertical, siendo comunmente la constipacion absoluta. Si la extrangulacion es determinada por adherencias, se puede registrar como antecedentes, peritonitis, embarazos repetidos, enteritis: las bridas dan lugar á accidentes bruscos, mientras que las adherencias los determinan mas á la larga por la acumulacion de las materias encima del punto que la adherencia fija; el tumor es mas apreciable, y la constipacion menos absoluta (Savopoulo, Volger, Bristowe); pero en algunos casos, este último fenómeno no es constante. Los vómitos han sido estercoráceos en todos los enfermos que estudió Duchaussoy. Si la mayoría de casos de adherencia ha sido observada en mujeres nubiles, las bridas lo han sido en hombres, desde la edad de siete años hasta los ochenta y cinco: las bridas pueden ser resultado de accidentes inflamatorios, ó ser congénitas ó desarrollarse repentinamente: dan lugar á una dilatacion del intestino por encima del obstáculo, á un tumor que por la percusion produce un ruido más sonoro que cuando hay cuerpos extraños, vómitos, dolor local violento al principio, atacando bajo la forma de cólicos, constipacion. Si la extrangulacion es resultado de la hernia del intestino que se abre paso por el diafragma, cosa que puede suceder á consecuencia de contusiones en la base del pecho, y de heridas, en este caso la auscultacion facilitará el diagnóstico. Si la extrangulacion es debida á otros órganos normales ó anormales situados en la cavidad abdominal, tales como el hígado, bazo, hipertrofias, tumores, etc., el diagnóstico será muy fácil. Las noticias que se pueden adquirir acerca del lento y ordinario desarrollo del tumor, asi como la exploracion atenta de la vagina, recto, vejiga, fosas iliacas, cuando tenga asiento aquel en el bajo vientre, pondrá al observador al abrigo de errores.

II. ¿Es en el intestino delgado ó en el grueso en donde la extrangulacion se ha realizado? ¿En cuál *asienta*? Si el obstáculo existe sobre el *intestino delgado*, los vómitos son de los primeros fenómenos; la distension del vientre se circunscribe al ombligo; las regiones de los colons están deprimidas, pudiéndose introducir por el recto dos litros de líquido ya por lavativa ó ya por sonda (Cloquet).

Si el obstáculo se verifica sobre el *intestino grueso*, los vómitos estercoráceos, ó no se presentan tarde, la distension del vientre en general, el color trasverso á un tumor que se nota debajo del reborde de las costillas falsas, los colons ascendentes y descendentes se designan en cada lado: la distension abdominal puede ser tan considerable, que determine asfixia á consecuencia de la comprension del diafragma: por el recto no se podrá inyectar la menor cantidad de líquido. Los dos síntomas, *aumento de volúmen del vientre y forma del meteorismo*, son característicos. (Languier, Besnier.)

III. La tercera cuestion es la siguiente: ¿Cuáles son las relaciones que la lesion del intestino establece con las paredes abdominales? Aquí el tumor y el dolor son los principales signos, y su importancia

adquiere su valor principal bajo el aspecto de la terapéutica que es desde luego quirúrgica.

Pronóstico. En vista de lo que se ha dicho, el pronóstico es sumamente grave. Algunas veces cesan de pronto los dolores; pero es preciso no dejarse alucinar, porque mientras persistan la timpanitis y se halle interrumpido el curso de las materias, la gravedad del pronóstico sigue siendo la misma.

§ VII.—Tratamiento.

En atencion á lo que acabo de decir acerca de la *extremada gravedad de esta afeccion*, es evidente que el tratamiento tiene muy poca accion sobre ella. En efecto, es una de aquellas en que la Medicina es casi del todo impotente. Así, pues, nos limitaremos á indicar los medios que han tenido mejor éxito como *paliativos*. Cuando son muy vivos los dolores se emplean las *emisiones sanguíneas*, y principalmente las *sanguijuelas* en gran número, lo que en la mayor parte de casos ha producido un alivio, pero leve y pasajero.

Los *purgantes suaves* y particularmente los *calomelanos*, son sin disputa los medios mas útiles; pues en los casos observados por Rokitansky, han bastado para poner prontamente término á los primeros ataques y han producido algun alivio al principio del último. Lo mismo ha sucedido en los que nos han dado á conocer Dance, Louis, Rayer, etc. Por consiguiente, no puede el médico dispensarse de usar estos medios tan sencillos. El *agua de Sedlitz*, el *aceite de ricino* á la dósis de 30 á 50 gramos, los *calomelanos* á la dósis de 50 á 60 centígramos, etc., llenarán prontamente esta misma indicacion.

Sin embargo, respecto al uso de los purgantes, es preciso hacer una reflexion, que me parece muy importante, y que me sugieren casi todos los hechos que han llegado á mi noticia. Mientras que no es completa la extrangulacion, es decir, en tanto que la obliteracion del intestino no ha llegado á sus últimos límites, el uso del purgante es seguido despues de algunos dolores de tripas, de deyecciones alvinas abundantes, y de un gran alivio que es su necesaria consecuencia; por el contrario, cuando es completa la obliteracion, los síntomas se agravan y sobrevienen dolores de vientre muy violentos, y una gran ansiedad que nada puede hacer cesar. Estos fenómenos son fáciles de comprender. Efectivamente, mientras que existe algun paso, por estrecho que sea, las fuertes contracciones de los intestinos pueden vencer el obstáculo y desembarazarle de las materias que han liquidado la accion de los purgantes; pero cuando no se puede atravesar el obstáculo, los purgantes no producen otro efecto que aumentar la aglomeracion de materias y excitar las contracciones del intestino, contracciones importantes, cuyo efecto es producir dolores violentos y las angustias de que acabamos de hablar

En una afeccion en la que la ansiedad y los dolores son tan vivos, es evidente que se deben emplear los *narcóticos;* pero es preciso darles á alta dósis. Esta simple indicacion bastará al práctico. Tambien se usan los *antiespasmódicos*, y se aplican sobre el abdómen las *preparaciones calmantes;* en una palabra, se procura por todos los medios hacer menos intensos los principales síntomas, porque es preciso repetirlo, cuando hay una verdadera extrangulacion, el tratamiento solo puede ser paliativo.

Oscar Masson (1) ha recomendado el empleo tópico del hielo como tratamiento de la oclusion intelectual, pero las pocas observaciones que refiere, no son concluyentes.

El tratamiento variará desde luego segun la especie de oclusion: si esta es la invaginacion propiamente dicha, en el artículo siguiente que es el complemento de este, lo indicamos. Pero si la extrangulacion tiene lugar por *retraccion* en el intestino grueso ó en un punto accesible, se podrá obtener mejoría por la introduccion de candelillas dilatantes y de cánulas que se dejarán colocadas de una manera estable, al mismo tiempo que se hará uso de las duchas ascendentes. Es indudable que si la retraccion es ocasionada por una afeccion cancerosa, el tratamiento es de resultados negativos: si es una enfermedad sifilítica la que se supone, se hará uso del mercurio, ioduro de potasio (véase tomo I, SIFILIS); si existe un pólipo accesible á los instrumentos, se debe sacar.

Si hay *obstruccion*, se desembarazará el intestino, y en el caso de que la presencia de materias fecales endurecidas sea la causa, se procurará ablandarlas desde luego por medio de duchas ascendentes, lavativas de un líquido muy graso, cocimiento de simiente de lino, raiz de malva, aceite de olivas; y las contracciones intestinales se despertarán por los revulsivos, fricciones, el amasamiento, la electricidad, el martillo de Mayor, empleando hasta la cucharilla ó el dedo para desembarazar el recto: los purgantes tienen despues su indicacion, pero podrán ser mas nocivos que útiles si hay vómitos. Tambien se recomiendan las lavativas de tabaco y belladona al interior y se han referido curaciones por la ingestion del mercurio no preparado. Debemos recordar que las duchas ascendentes, son el mejor medio, á no ser que el intestino esté alterado, en cuyo caso están contra-indicados, porque determinarian una rotura. Corlieu en un caso de este género, empleó con buen éxito el cloroformo en pocion, en fricciones y duchas ascendentes, hechas con una jeringa fuerte y una sonda exofágica, debiendo preferirse el irrigador de Eguissier ó bien una jeringa de caballo.

En general, contra los cuerpos extraños se emplearán las du-

(1) O. Masson, *De l'occlusion intestinale dans la cavité de l'abdomen, et en particulier de son traitement par l'emploi de la glace*, thése inaugurale. Paris, 2 Marzo, 1857, n.° 36.

chas ascendentes y el amasamiento; la administracion de los purgantes está subordinada al estado del intestino y al grado de obstruccion.—Los vermes intestinales deben notarse antes de expulsarlos, para lo cual se dará la santonina, el sémen-contra, el calomel (véase INTESTINALES).

Si se diagnosticó la existencia de bridas, se han de combatir los síntomas inflamatorios por medio de los antiflogísticos, sanguijuelas, hielo y los purgantes que en algunas ocasiones han dado buenos resultados.

Si la extrangulacion es debida á la presencia de órganos hipertrofiados en el bajo vientre, ó á tumores, en este caso se podrá intervenir activamente haciendo uso del tratamiento directo contra la enfermedad que haya producido la hipertrofia y dislocando el tumor, cosa que se podrá conseguir por el reposo en cama y la aplicacion de medios mecánicos apropiados.

Sin embargo, el doctor Homolle (1) ha referido tres casos en que se obtuvo un éxito feliz por medio de la *estricnina* administrada de la manera siguiente:

R.	Estricnina pura......	2 centíg.
	Azúcar blanca........	1 gram.
	Magnesia calcinada..	4 gram.

Mézclese exactamente y divídase en veinte papeles iguales. Se toma uno de hora en hora.

¿Pero habia extrangulacion ó un simple atascamiento?

Belladona.—Hanius obtuvo la curacion en cuarenta casos de íleo prescribiendo una lavativa con *cuatro gramos de raiz de belladona en suficiente cantidad de infusion de manzanilla.* Estas observaciones que refirió sin detalles Chrestien (2), decidieron á Tauflieb (3) á ensayar este medicamento en los mismos casos, pero accidentes terribles de narcotismo le hicieron perder á un enfermo, por lo cual ha disminuido la cantidad de la belladona que le produjo buenos efectos á la dósis de 75 centígramos á un gramo, reservándose repetirla á intervalos bastante largos.

Giraud dió con éxito en dos casos este medicamento á altas dósis al exterior y al interior de la manera siguiente:

R.	Agua de flor de naranja.	375 gram.
	Jarabe de adormidera blanca..............	60 gram.
	Extracto de belladona....	10 centíg.

Una cucharada comun cada cuarto de hora.

(1) Homolle, *Gazette des hôpitaux: Compte rendu de la Société médicale du Temple*, 1849.

(2) Chrestien, *Emploi extérieur de la belladone contre l'étranglement des hernies abdominales* (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1.° Marzo 1850, página, 93).

(3) Tauflieb, *Dangers de l'emploi de la belladone en lavements* (*ibid.*, 15 Abril 1850, p. 209).

Fricciones sobre el vientre con una franela empapada de la disolucion siguiente:

R. Aceite de morfina... 30 gram. | Extracto de belladona...... 4 gram.

Hervieux cita un caso de extrangulacion interna en que todos los remedios de que hizo uso han fracasado, habiendo hecho por último, cuatro aplicaciones sucesivas del *martillo de Mayor* sobre la superficie cutánea abdominal, cosa que le produjo una curacion, por decirlo así, inmediata.

Nada prueba que en los precedentes casos, se haya tratado de una de esas especies de extrangulaciones que nos hemos ocupado en este artículo.

Enterotomía.—El doctor Maisonneuve (1) ha practicado hace algunos años la enterotomía, en un caso de obliteracion del intestino delgado, y animado por este buen resultado, ha propuesto aplicar esta operacion á las diversas especies de extrangulacion ó de obstruccion señaladas mas arriba. Solo la experiencia nos puede ilustrar acerca del verdadero valor de esta operacion que solo se ha practicado unas cuantas veces y con muy diversos resultados, antes de Maissonneuve. Pero entre tanto, debemos decir que hay casos tan desesperados, que no se puede rehusar á los enfermos esta probabilidad de curacion. En cuanto á los diversos métodos que se pueden seguir en la operacion, Maissonneuve los ha expuesto perfectamente en su Memoria (2).

ARTÍCULO XI.

INVAGINACION DE LOS INTESTINOS.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La *invaginacion* es la penetracion de una parte mayor ó menor del intestino en el interior de otra parte del mismo órgano. Esta enfermedad ha recibido particularmente el nombre de *volvulus*, de *intussusception*, *passio iliaca*, etc. Su frecuencia es notable, puesto que Duchaussoy (3) ha reunido 135 observaciones.

(1) Maisonneuve, *Observation d'entérotomie pratiquée avec succès dans un cas d'étranglement interne de l'intestin grêle* (*Archives générales de médecine*, Diciembre 1844, 4.ª série, t. IV, p. 174: *Séances de l'Académie des sciences*, 16 Setiembre 1844).

(2) Maisonneuve, *Mémoire sur l'entérotomie de l'intestin grêle dans les cas d'oblitération de cet organe* (*Arch. gén. de méd.*, Abril 1845, 4.ª série, t. VII, p. 448).

(3) Duchaussoy, *Mém. cit.* (*Mémoires de l'Acad. de méd.*, París, t. XXIV, página 107 y 185.)

Estudiaremos separadamente la invaginacion del intestino para no modificar el plan adoptado por Valleix, siendo además lógico tratar esta cuestion á propósito de la extrangulacion interna.

§ II.—Causas.

Es bastante difícil indicar las verdaderas causas de la invaginacion intestinal. En cuanto á las *causas predisponentes*, solo tenemos datos sobre la *edad* y el *sexo*, que son muy insuficientes. Se ha encontrado la invaginacion en todas las edades, y aun se ha dicho que era, sobre todo, muy comun en los niños.

Rilliet (1), ha recogido catorce casos de invaginacion en los niños, notando que en la primera edad, sobre todo, es en la que se encuentran mas frecuentemente. Duchaussoy ha reunido treinta y siete de los cuales treinta y uno tenian los enfermos menos de cuatro años.

El doctor Markwick (2) ha visto una invaginacion considerable del intestino grueso en *un niño de cuatro meses*. El principal síntoma en este caso fué una gran hemorragia intestinal. Hácia el fin, las materias excretadas tenian un olor gangrenoso y la porcion invaginada estaba completamente gangrenada.

El doctor Taylord (3) ha observado una invaginacion considerable del intestino delgado en un niño de veinte meses. Yo mismo (4) he dado la descripcion de una porcion de intestino eliminada por el ano, con dos *divertículos* que hacian muy notable este caso, observado en un *niño de trece meses* por el doctor Marage.

Sexo.—Thompson(5) ha encontrado en treinta y cuatro casos veinte del sexo masculino y catorce del femenino. La principal *causa ocasional* sería, segun Dance, la inflamacion intestinal; pero á veces es muy difícil decir si esta inflamacion ha precedido ó seguido á la invaginacion. Por otra parte, se han observado casos en que se ha producido la enfermedad repentinamente. En algunas ocasiones han presentado los primeros síntomas de la invaginacion inmediatamente despues de *esfuerzos violentos*, *gritos y caidas*, y segun dice Burford (6), despues de la administracion de un *purgante drástico*. En fin, Cloquet y otros observadores, han visto que un *pólipo* arrastró una porcion de intestino y la introdujo en otra que le era inferior.

(1) Rilliet, *Mémoire sur l'invagination chez les enfants*. París, 1852. (Extrait de la *Gaz. des hôpitaux.*)
(2) Markwick, *The Lancet*, Julio de 1846.
(3) Taylord, *ibid.*, Diciembre de 1843.
(4) Valleix, *Note sur un cas d'expulsion par l'anus d'une portion de l'intestin, accompagnée de deux diverticules qui lui étaient unis* (*Union médicale*, 2 de Febrero de 1850).
(5) Thompson, *Abst. of cases*, etc. (*The Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1855.)
(6) Burford, *The Lancet*, 1840.

Los doctores Ogier, Ward y Prescott Hewett (1) han citado cada uno un caso parecido.

§ III.—Síntomas.

Se han dividido las invaginaciones intestinales en muchas especies; pero cuando se ha tratado de la descripcion de los síntomas, no se ha tenido en consideracion estas divisiones que no ofrecen, por consiguiente, interés, sino bajo el aspecto de la anatomía patológica. Me limitaré, pues, á indicarlas en el artículo de las lesiones anatómicas. Unicamente recordaremos aqui la opinion de Dance que cree que la invaginacion del intestino delgado es mucho menos que la del intestino grueso, la cual frecuentemente no presenta ningun síntoma. Esta opinion ha sido combatida por Cruveilhier (2) como demasiado absoluta y sin embargo, resulta de las observaciones que poseemos, que en los mas de los casos en que han sido muy violentos los síntomas y han ocasionado la muerte, habia una invaginacion del intestino grueso.

Los síntomas de la invaginacion intestinal tienen gran semejanza con los de la *extrangulacion interna*. Sin embargo, hay en la primera algo de particular que merece llamar nuestra atencion, y que ha motivado la distincion que hemos hecho entre estos dos estados morbosos. Es raro que los enfermos no hayan experimentado antes, en una época mas ó menos distante, algunos accidentes en el conducto digestivo, tales como *dolores* en diferentes puntos y alternativas de *diarrea y estreñimiento* y un desarreglo mas ó menos notable de las digestiones. Bajo este aspecto, es completa la semejanza con la extrangulacion interna. Es verdad que hay casos en que sobrevienen repentinamente los accidentes de la invaginacion; pero ya hemos visto que la extrangulacion interna que resulta de pasar el intestino por una abertura estrecha, producia igualmente síntomas que aparecen repentinamente. Asi es que nada hay en los primeros fenómenos que sea propio de la invaginacion.

Cuando la invaginacion intestinal ha llegado á un alto grado, entonces se observan *náuseas* y *vómitos biliosos* por los que principia, siguen despues *dolores de vientre* frecuentemente muy violentos, *sensibilidad á la presion*, que ocupa mayor ó menor extension del vientre; pero mayor aun en aquel en que por la *palpacion* se descubre un *tumor* oblongo, á veces de un considerable volúmen, y que dá un sonido á macizo por la *percusion*. En algunas ocasiones no estan impedidas las *evacuaciones alvinas* y son líquidas, pardus-

(1) Hewett (Prescott), *London med. Gazette*, Noviembre de 1846.
(2) Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, avec planches, t. II, livraisons 21ª et 22ª.

cas, muchas veces fétidas y teñidas de mayor ó menor cantidad de sangre. Por el contrario, algunas veces hay *estreñimiento* pertinaz; pero este síntoma se observa menos constantemente que en la extrangulacion. En la mayor parte de los casos *alternan* el estreñimiento y la diarrea.

Al principio de la enfermedad la *cara* está medianamente alterada, *no hay fiebre*, y nada se observa de notable escepto el dolor, el desórden de las digestiones y el estreñimiento. Pero progresando mas el mal, se desarrolla la *fiebre*, hay *sed intensa*, *eructos*, *regurgitaciones*, *vómitos frecuentes* y un *hipo* muchas veces muy molesto. La *cara se altera*, el *enflaquecimiento* hace manifiestos progresos y hay una *ansiedad* mas ó menos notable.

En los últimos tiempos, el *vientre* se pone voluminoso y en extremo sensible, lo que depende á veces del desarrollo de una *peritonitis* alrededor de la invaginacion. Los síntomas *gástricos* persisten ó se aumentan; las *deyecciones* son parduscas y continúan siendo líquidas; á veces son muy frecuentes y producen *pujos* como en un caso observado por Buet; otras veces se hallan completamente *suprimidas*. En fin, la cara se pone *contraida*, el *pulso* es pequeño, muy frecuente, casi imperceptible, y puede haber un *enfriamiento* glacial, como en una observacion recogida por Dance, y el enfermo sucumbe.

Sin embargo, algunas veces terminan por la curacion aun que los síntomas sean tan violentos como los que acabo describir. Si entonces se examinan las deyecciones, se observa la notable circunstancia estudiada principalmente por Gaultier de Claubry (1), de *expelerse* por las cámaras una porcion á veces considerable del intestino. No referiré aquí todos los casos de esta especie, pues son generalmente conocidos, y solo me limitaré á decir que se ha visto arrojar así hasta tres piés de intestino. El intestino delgado es el que sufre mayores pérdidas de sustancia; porque apenas hay ejemplo de la expulsion de una parte del intestino grueso que pase de un pié de longitud; lo cual sin duda se explica por la mayor gravedad de la afeccion en estos últimos casos, y porque sobreviene demasiado pronto la muerte para que se pueda verificar la eliminacion.

La expulsion de estas porciones de intestino van ordinariamente precedidas de *deyecciones* mucosas, saniosas y sanguinolentas. Sin embargo, en algunos casos las materias expelidas son simplemente fecales. Despues de la expulsion hay muchas veces, como hace notar Gaultier de Claubry, una *hemorragia intestinal* casi constante, pero que varía mucho respecto á su abundancia.

Despues de esta eliminacion, se verifica rápidamente la curacion, y solo experimentan de cuando en cuando los enfermos algunos dolo-

(1) Gaultier de Claubry, *Sur la terminaison de quelques cas de volvulus* (*Journ. univ. hebdom. de médecine*, 1833).

res abdominales y diarrea; en otros, estos accidentes llegan al mas alto grado, sin que por eso sea mas fatal la terminacion de la enfermedad: hay prolongados trastornos de la digestion, y á veces, como ha notado Gaultier de Claubry, los enfermos no pueden enderezar el tronco sin experimentar *tirones dolorosos* en el abdómen; pero despues de mucho tiempo todo entra en órden y nada queda de la enfermedad.

Por último, en otros casos los síntomas persisten y se agravan, las deyecciones contínúan siendo sanguinolentas, la diarrea es considerable, los dolores son cada vez mas vivos, y los enfermos sucumben extenuados.

Cuando se trate de la *terminacion* indicaré cuáles son á veces las consecuencias peligrosas de la invaginacion, aun despues de la eliminacion de la parte invaginada.

Síntomas en los niños (1).—Se presenta bajo dos formas: una latente, y la otra aparente: la primera especie mas comun que la segunda, toma orígen durante la agonía y asienta en el intestino delgado; la segunda constituye una enfermedad bien caracterizada y ocupa casi siempre en la primera infancia el intestino grueso, ya este órgano ó ya el intestino delgado en la segunda infancia. El lugar de eleccion de la invaginacion de la primera infancia encuentra su explicacion en condiciones fisiológicas y anatómicas especiales propias de esta edad.

La invaginacion del intestino grueso en la primera infancia está caracterizada por vómitos incesantes, rara vez estercoráceos, pequeñas deposiciones mucosas, estriadas de sangre, ó una verdadera enterorragia; el vientre conserva su forma, ó bien en general en un período poco avanzado se percibe un tumor en uno de los vacíos ó en el hipogastrio: la sed es poco viva, el pulso frecuente, sin calor de la piel, ansiedad, congoja y gritos muy comunmente; el letargo ó el coma, y la eclamsia son raros; la cara se altera; las fuerzas se abaten, pero el enflaquecimiento es poco marcado.

En la segunda infancia, los vómitos existen, y son frecuentemente estercoráceos; el abultamiento del vientre es notable; el tumor raro; el estreñimiento habitual; los doloros abdominales vivos y la fiebre es intensa. La apariencia de la enfermedad es peritoneal. (Rilliet y Barthez).

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de la enfermedad es, como hemos visto, muy diferente segun los casos: unas veces hay alternativas mas ó menos frecuentes y mas ó menos prolongadas de calma y padecimientos, antes de verificarse el último ataque; y en otras ocasiones, por el contrario, so-

(1) Rilliet et Barthez, *Mal. des enfants*, 2.ª édit., 2.ª tirage. Paris, 1861, tomo I, p. 832.

breviene desde luego el ataque mortal y progresa de un modo contínuo hácia una terminacion funesta; en fin, en otros casos, manifestándose repentinamente la invaginacion, hace rápidos progresos. Así, pues, la *duracion* es muy variable, pudiendo sucumbir los enfermos en algunos dias, al paso que otras veces la enfermedad se prolonga por espacio de muchos meses, y hasta se le ha visto durar dos años y aun mas. Los accidentes que se siguen á la eliminacion del intestino invaginado, hacen tambien que varíe mucho esta duracion.

En cuanto á la *terminacion* ya hemos visto que era con frecuencia favorable; pero como dice muy bien Dance, casi siempre ocurre esto en los casos de invaginacion del intestino delgado. El hecho está principalmente demostrado por las observaciones de eliminacion de que he hablado ya. De treinta y dos casos en que Thomson ha podido reconocer cuál era la porcion del conducto intestinal, ha encontrado que veinte y dos veces pertenecia exclusivamente al intestino delgado. Esto supuesto, si agregamos á este hecho la consideracion de que en la invaginacion intestinal la eliminacion es sin contradiccion la terminacion mas favorable, si no es la única, deberemos deducir que la invaginacion del intestino delgado es la menos peligrosa.

El doctor Dayton (1) ha citado un caso en el que hubo eliminacion de una porcion de intestino que correspondia al intestino delgado, y que tenia la longitud de doce pulgadas. Este caso se observó en un hombre enfermo hacia ya mucho tiempo y expuesto á vivos dolores de vientre.

Despues de la expulsion del intestino separado, el enfermo entró prontamente en convalecencia y no le quedó mas que un dolor en el lado derecho del vientre, dolor que se aumentaba estando sentado. El doctor Luizi Cittadini, de Arezzo (2), ha visto en un hombre de unos cincuenta años, verificarse la expulsion por el ano de una porcion de intestino delgado, cuya longitud se ha calculado en cerca de una *braza*, á la que se siguió una completa curacion.

Lo que puede hacer que la terminacion sea funesta, son las consecuencias de la eliminacion. Si en el momento de la separacion de la parte intestinal expelida, no son suficientes las adherencias, se abre el intestino en el peritoneo, y se sigue una peritonitis mortal. Por otra parte se puede verificar la cicatrizacion de una manera viciosa, de lo que resulta una estrechez que mas tarde ocasionará la muerte. Creo pues que bastará indicar la posibilidad de estos accidentes.

§ V.—Lesiones anatómicas.

No me extenderé mucho sobre las lesiones anatómicas, por interesantes que sean, porque son de una importancia secundaria para el

(1) Dayton, *The New-York Journal*, 1845.
(2) Luizi Cittadini, d'Arezzo, *Raccoglitore médico*, 1846.

práctico. Casi siempre se hace la invaginacion del intestino de *arriba abajo*, es decir, que una porcion de este órgano penetra en otra porcion mas aproximada á la abertura inferior. Sin embargo, se han citado casos en que ha sucedido lo contrario, y de allí proviene lo que se ha llamado *intussuccepcion descendente é intussuscepcion ascendente ó retrógrada*.

Cruveilhier ha querido atribuir exclusivamente esta última especie á la invaginacion de los agonizantes; pero se han citado hechos que prueban que se puede producir durante la vida, y dar lugar á los mismos síntomas que la precedente. A veces es una porcion de intestino delgado la que ha penetrado en la porcion siguiente, y ha sido detenida por la válvula del ciego; á veces tambien atraviesa esta válvula, y el mismo ciego se invagina en el cólon, que puede á su vez ser empujado en el recto. En otras ocasiones solo se invagina la porcion del ciego ó del cólon en la porcion interior del intestino grueso.

Cuando la invaginacion es simple y se dá un corte perpendicular en el sitio que ocupa, se nota lo siguiente: Primero se halla la membrana serosa del intestino invaginante; despues dos superficies mucosas en contacto; luego dos superficies serosas, y en fin, la membrana mucosa del intestino invaginado, que forma en el centro una cavidad por la cual han podido pasar las materias para salir al exterior.



Figura. 1.ª—Invaginaciones intestinales. (Coleccion del Museo Dupuytren, núm. 137.)
a.—Serosa del intestino.
bb.—Dos superficies mucosas.
c.—Membrana mucosa del intestino invaginado.

Tal es la invaginacion mas simple; pero con frecuencia el intestino invaginador se invagina á su vez en una parte mas inferior, y por consiguiente hay sobreposicion de nuevas paredes. De aquí, resultan disposiciones complicadas, que sería inútil indicar en este lugar. Únicamente diremos lo que sucede en las membranas colocadas así en posiciones viciosas, en las cuales siempre se encuentran vestigios de una inflamacion muchas veces muy violenta. Son gruesas, de color rojo vivo ó pardusco, á veces negras, muy fáciles de rasgar, infiltradas de un líquido sanioso, evidentemente gangrenadas. El intestino invaginante experimenta algunas veces un reblandecimiento tal, que la parte invaginada rompe sus paredes por su hinchazon, y forma al exterior una prominencia parecida á un muñon. Esto es lo que se observó en el segundo caso citado por

Buet, y lo que he visto hace algunos meses en el hospital de Santa Margarita, en un jóven que tuvo una invaginacion cuyos progresos pudieron seguirse durante la vida.

Algunas veces se manifiestan alrededor de la parte afectada indicios de peritonitis, y de allí proviene la dificultad que se experimenta en muchos casos, de reconocer el estado de las partes.

Las membranas mucosas anormalmente aplicadas una contra otra, se cubren de una capa mas ó menos gruesa de materia gelatinosa, y de diverso color, segun que está ó no mezclada con líquidos saniosos. En cuanto á las membranas serosas que se hallan en el mismo caso, se unen por falsas membranas, que se han encontrado en un grado bastante adelantado de organizacion, cuando la enfermedad duraba algun tiempo. En los sugetos que han sucumbido despues de la eliminacion de una parte del intestino, se encuentra unas veces rotura con *peritonitis consecutiva*, y otras una cicatriz que, como he dicho mas arriba, puede dar lugar á una estrechez.

En un niño pequeño observado por Marage, y del que he hablado mas arriba, habia en la porcion de intestino invaginado y eliminado, dos apéndices de cerca de seis centímetros de largo, que muy probablemente habian producido la invaginacion. Tales son las lesiones anatómicas que importa conocer.

§ VI.—Diagnóstico.

La única afeccion con que importa comparar aquí la invaginacion intestinal, es la *extrangulacion interna* producida por otras causas. Es verdad que la *peritonitis* podia dar lugar á algunas equivocaciones; pero ya indicaré este diagnóstico despues de haber descrito esta última afeccion.

Ya se ha visto que los síntomas de la invaginacion intestinal eran casi todas comunes á esta enfermedad y á la *extrangulacion interna* anteriormente descrita. Entonces se deben buscar los elementos del diagnóstico en el estado del abdómen reconocido por la palpacion y la percusion, y en los caracteres de las deyecciones alvinas. Cuando la invaginacion del intestino es bastante considerable para dar lugar á los síntomas indicados mas arriba, forma un tumor por lo comun muy extenso, de forma cilíndrica, prolongado, que sigue casi siempre el trayecto de una parte del intestino grueso. Así es que casi siempre hay que buscar en el vacío izquierdo el asiento de la enfermedad. Este es un signo diferencial importante, pues en la extrangulacion interna no hay tumor, ó si existe, se le encuentra en una parte cualquiera del abdómen, y no tiene la forma ni la direccion de la invaginacion. La percusion da un sonido á macizo en toda la extension del tumor, y al contrario un sonido timpanítico en las demás partes cuando hay retencion de gases. En cuanto á las deyecciones,

solo es útil para el diagnóstico averiguar su estado en algunos casos. Cuando las evacuaciones alvinas estan compuestas de materias pardas, saniosas y fétidas, es un signo que se refiere mas particularmente á la invaginacion intestinal; pero si la materia excrementicia es por el contrario consistente, en forma de cintas, y como pasada por la hilera, tendremos un signo característico de la estrechez. La falta completa de deyecciones se observa mas particularmente en la extrangulacion.

Pronóstico.—Ya hemos visto anteriormente que el pronóstico era mucho mas favorable en la invaginacion del intestino delgado que en la del intestino grueso. Tambien sabemos que la eliminacion es una circunstancia feliz, que es lo que importa principalmente saber respecto al pronóstico.

Segun las investigaciones de Rilliet, el pronóstico es mas grave en los niños.

Bucquoy (1) estableció las siguientes conclusiones, relativamente á los signos y al pronóstico de las invaginaciones intestinales:

«1.ª Las invaginaciones mórbidas del intestino presentan caracteres que conviene distinguir, segun que tengan asiento en el intestino delgado ó en el grueso; de aquí la division natural en *invaginacion del intestino delgado y del intestino grueso.*

»2.ª Sin embargo de que la invaginacion sea una afeccion poco frecuente, las observaciones de las invaginaciones del intestino grueso son mas numerosas; la del intestino delgado, al contrario, extremadamente raras.

»3.ª Cuando á los accidentes del íleo se añaden una depresibilidad normal de la fosa ilíaca derecha, la presencia de un tumor en el lado izquierdo y mucosidades sanguinolentas en las deposiciones, es probable que la causa de la enfermedad deba estar relacionada con una invaginacion del intestino grueso. Estos caracteres faltan ordinariamente, ó á lo menos varian mucho en la intussusception del intestino delgado.

»4.ª La ausencia del meteorismo y los vómitos biliosos, durante toda la duracion de la enfermedad, son signos que indican que la invaginacion tiene su asiento en la parte superior del intestino delgado: el abultamiento del vientre y los vómitos estercoráceos no se observan sino cuando ocupa la parte interior del tubo digestivo.

»5.ª La intussusception del intestino grueso se acompaña á menudo de accidentes inflamatorios rápidamente mortales (peritonitis, ulceracion, gangrena); la del intestino delgado puede algunas veces no complicarse con inflamacion; su marcha entonces es lenta, y la terminacion funesta es el resultado del aniquilamiento del enfermo.

»La invaginacion del intestino delgado puede curarse espontá-

(1) Bucquoy, *Recherches sur les invaginations intestinales* (*Recueil des travaux de la Soc. méd. d'observ.*, Paris, 1858, p. 208).

neamente porque ofrece condiciones las mas ventajosas para la terminacion favorable de la enfermedad, la eliminacion de las partes invaginadas.»

§ VII.—Tratamiento.

Antiguamente se proponian para la curacion del *vólvulo*, la administracion de materias de gran peso, que atravesando el intestino, debian hacer desaparecer los *pliegues* anormales. Así, pues, se hacia tragar *balas de plomo* ó de *oro*, ó bien tomar cierta cantidad de *mercurio metálico*, pero en la actualidad esta práctica se halla abandonada. Habiendo demostrado la anatomía patológica que casi siempre la extremidad superior es la que se invagina, no conviene persistir en un método que no puede ser eficaz. Tambien se ha propuesto en una época remota *insuflar* el *intestino* por el *ano*, por medio de un soplete: este método fué empleado con éxito en los casos de Mittchel, Murphi y de Fox (1). Se emplearon tambien lavativas de agua fria en gran cantidad; presiones con los dedos ó un cuerpo sólido, el amasamiento, la electricidad, y la faradizacion. La puncion dió buenos resultados á Boinet, H. Cooper, Piorry, Trincot, Fuchs (2), etc. Está indicada muy especialmente en los casos en que hay timpanitis abdominal, pues «la acumulacion enorme de gases en la cavidad del intestino, dice Trousseau (3) paraliza la contractilidad de su túnica muscular.» La puncion da salida á los gases cesando por consiguiente la distension y reapareciendo la contractilidad del intestino. Esta operacion se hace penetrando con un pequeño trócar explorador allí en donde el abultamiento parezca mas pronunciado y haciendo una ó dos punciones: estas ni son dolorosas ni peligrosas; importando mucho practicarlas con oportunidad. Cuando el volúmen del vientre haya desaparecido, se darán los purgantes que puedan restituir al intestino su contractilidad.

Por último, para terminar lo que tenemos que decir acerca del tratamiento que se puede llamar curativo, añadiremos que se ha propuesto la *gastrotomía* con el objeto de volver á poner los intestinos en su posicion natural. Mas á pesar de los felices resultados citados por Barbette, Bonet y el doctor Fuchs, no se puede aconsejar semejante operacion. En efecto, solo en una época en que la inflamacion se ha apoderado de las paredes intestinales, es cuando amenaza el peligro, y entonces ¿de qué sirve la gastrotomía? Aun suponiendo que el mé-

(1) Mittchel, *Nouveau moyen pour guérier l'intussuscepcion chez les enfants* (*Gazette méd. de Paris*, 1838, p. 218). Fox, *Invagination intestinale, emploi de l'insufflation d'air. Expulsion par l'anus de cinq pouces d'intestin. Guérison* (*Gazette des hôpitaux*, 1839, p. 347).

(2) Fuchs, *Hufeland's Journal*, t. IX.

(3) Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1865, t. III, p. 203.—Voy. N. A. Labric, *De la ponction abdominale dans la tympanite*, thèse. Paris, 13 janvier 1852.

dico fuese llamado á tiempo, ¿no son horrorosas la maniobras que sería necesario hacer dentro del vientre? Por esta razon se halla la gastrotomía generalmente abandonada en los casos de esta especie. Trousseau no parece sin embargo tan exclusivo.

Sin embargo, conviene no olvidar que Maissoneuve ha propuesto la *enterotomía* con otro objeto, pudiéndose ver sobre este punto lo que he dicho en el artículo precedente.

La conducta del médico debe consistir en moderar en lo posible los principales síntomas, y en favorecer la eliminacion del intestino. Contra la inflamacion se dirigirá principalmente la *sangría general*, la aplicacion de numerosas *sanguijuelas* sobre el tumor, las *bebidas emolientes*, las *cataplasmas* sobre el abdómen y aun los *baños*. Los *narcóticos* se emplean generalmente para calmar la agitacion y los dores de vientre. Tambien se usan algunos *laxantes* ligeros, pero no se debe, como quieren algunos, recurrir á los *purgantes violentos*, que darian lugar á contracciones intestinales peligrosas, y á un movimiento peristáltico del intestino que favorece la invaginacion. Las *lavativas emolientes ó laudanizadas*, la *quietud absoluta* y *un régimen muy severo*, completarán este tratamiento cuyo objeto es, como se ve, alejar todas las causas que pueden impedir que la enfermedad llegue al momento en que se debe verificar la eliminacion del intestino.

Cuando existe una obstruccion intestinal y hay seguridad del diagnóstico de este accidente, cuando la enfermedad es reconocida y la duda no puede existir por que hay vómitos, tension enorme del vientre, ausencia de toda evacuacion alvina, prolongacion de este estado durante muchos dias, mas de una semana, desfallecimiento gradual del enfermo, muerte próxima, en fin, cuando todos los purgantes suaves ó drásticos, baños, duchas, amasamiento, electrizacion, no dán ningun resultado, ¿se dejará morir el enfermo ó se empleará un remedio heróico, último recurso que ofrece todavía esperanzas de buen éxito? La duda en este caso no nos parece posible.

Si el obstáculo es por naturaleza transitorio, si es una brida, un cuerpo extraño, si sacando este obstáculo la salud puede recobrarse y la vida puede continuar durante largos años, tal operacion está indicada y es absolutamente necesaria. ¿Pero existirán las mismas razones, si la enfermedad que ha dado lugar al accidente es un cáncer, una lesion orgánica antigua é incurable? La enterotomía practicada en estos casos, está tan justificada como la traqueotomía en un tísico ó en un sifilítico; se debe impedir desde luego que el enfermo no muera del accidente. La gastrotomía ha dado resultados que no se esperaban y ensayar esta operacion en un enfermo desesperado, no es entregarse al azár, sino á la razon. De esta opinion participa Trousseau (1).

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.ª edit., t. III, p. 206.

Restringir la indicacion de la operacion á un número limitado de casos en que el intestino grueso esté obstruido, sería demasiado exclusivo; investigar si en la mayoría de casos, el obstáculo existe en el intestino grueso. Pues, si consideramos no solamente la invaginacion, sino todos los obstáculos de cualquiera naturaleza que ellos sean y que se encuentren, vemos que el intestino delgado á diversas alturas, es con frecuencia el asiento de la extrangulacion interna. Prescindiendo de casos excepcionales, siempre que se observe la timpanitis y que los intestinos hinchados por el aire se marquen sus asas al través de la pared distendida y adelgazada del abdómen, se puede operar en las condiciones que dejamos indicadas. En cuanto á la longitud del intestino que se considere indispensable para la digestion, esto se podrá establecer por que una porcion solamente, un tercio basta, si la oclusion, sobre todo, del resto del intestino, es momentánea.

En los casos citados por los autores, tiene con frecuencia lugar la invaginacion en el intestino grueso, y en los casos de extrangulacion por bridas, tumores, hernias, es por lo general la parte mas libre y mas inferior del intestino delgado lo que se extrangula.

La operacion debe consistir en una incision en la pared abdominal que corresponda al obstáculo, pero ¿de qué manera?

La primera idea que se ocurrió á los cirujanos, la que Dupuytren puso en práctica muchas veces sin éxito, ha sido la de caer sobre el obstáculo, cortar las bridas, desatar el intestino para deshacer la invaginacion, etc. Esta práctica es funesta y no cuenta mas que reveses, pues precisa una larga incision y maniobras que traen por resultado una peritonitis casi necesariamente mortal. No se puede decir de antemano, ni si el obstáculo se encontrará, ni si se le podrá vencer.

La operacion propuesta por Maunoury en 1819, por S. Laugier (1), ejecutada despues por Maisonneuve, continuada y perfeccionada por Nèlaton, consiste en esto: Las operaciones hechas por los fisiologistas, por Blondlot y Claude Bernard en los animales vivos, han demostrado con qué facilidad é inocuidad se puede practicar una fístula gástrica ó intestinal, á condicion de hacer una pequeña abertura y aproximar inmediatamente el intestino á las paredes de la incision. Nèlaton hace una incision estrecha y aproxima el intestino á los labios de la incision, practicando en aquel una ligera puncion: la circulacion de las materias se restablece y el ano artificial se constituye.

No debe examinarse el intestino, contentándose únicamente con tomar la primera asa intestinal distendida por materias y gases que se presente á la incision para obturarla. Para ir mas seguro de en-

(1) S. Laugier, *Le météorisme du ventre peut-il servir à distinguer le siége de l'étranglement dans le canal intestinal* (*Bulletin chirurgical*, t. I, p. 245).

contrar una asa situada en la parte inferior del intestino delgado cerca del ciego (lo que es una buenacondicion) y no tocar ni demasiado alto, ni demasiado bajo, debe operarse casi delante del ciego, á la derecha, á algunos traveses de dedo por encima del pliegue de la íngle. Hecha la incision larga de cinco á seis centímetros, se pasa por debajo del asa intestinal una aguja curva y por medio del hilo se aproxima el intestino á los dos labios de la herida; despues se punciona aquel y las materias fecales y los gases se escapan en gran abundancia, pudiendo introducirse una gruesa sonda en el intestino, para obtener así mas fácil y menos interrumpida salida. Cuidados de simple y extremada limpieza é inyecciones, constituirán desde luego todo el tratamiento local: alimentar los enfermos comenzando por sustancias tónicas de fácil digestion.

Practicada que haya sido la operacion, tiene lugar un alivio notable; la cara se compone; el sueño reaparece; el pulso se hace mas fuerte; en una palabra, el enfermo renace y bastan algunos dias para volverle á un estado satisfactorio de salud.

¿Qué le pasa á la herida? ¿Qué al obstáculo? El curso de las materias establecido por el ano artificial, se restablece por el punto inferior del intestino. No debe pesar sobre el médico esta preocupacion: la enterotomía «salva al enfermo y deja á la naturaleza el cuidado de restablecer el curso natural.» (Denouvilliers.)

Puede suceder que el enfermo, profundamente debilitado, no pueda recobrar la salud y muera: si resiste, es de temer un accidente; la inflamacion flemonosa de las paredes abdominales y la formacion de un foco purulento, accidente de cierta gravedad; el que es preciso remediar por la aplicacion de sanguijuelas ó una incision hecha á tiempo. Una peritonitis puede sobrevenir igualmente, pero si contamos los casos favorables (la proporcion es muy considerable, pasa de un tercio); el ano artificial funciona, la digestion se hace, el enfermo en fin, se restablece. El ano artificial puede persistir indefinidamente, si la desgracia quiere que el obstáculo con frecuencia momentáneo y accidental que existia en el intestino, no desaparezca y por esta razon, el curso de las materias no puede restablecerse. Pero se sabe por experiencia, que á menudo este obstáculo concluye por desaparecer, empezando entonces las materias á pasar poco á poco por el ano, lo que dá lugar á que la abertura artificial, se venga cerrando progresivamente, hasta que las materias concluyan por seguir todas las vias naturales; verificándose al cabo de algunos meses la curacion completa.

ARTÍCULO XII.

CÁNCER DE LOS INTESTINOS.

El *cáncer de los intestinos* es una enfermedad menos frecuente que el del estómago, y aun si se esceptúa el recto y la parte inferior del cólon, se puede decir que muy rara vez es atacado de esta enfermedad el conducto intestinal. Siendo incurable esta afeccion, creo que no debo insistir demasiado sobre ella, deteniéndome únicamente alguna cosa sobre el *cáncer del recto* que es el mas interesante.

§ I.—Causas.

No conocemos mejor las *causas* del cáncer del intestino que las del cáncer de los demás órganos; por consiguiente, es inútil repetir lo que se ha dicho sobre este punto.

§ II.—Síntomas.

En cuanto á los *síntomas* varían en parte segun el punto ocupado por el cáncer. Si este se encuentra en una porcion inmediata al estómago, como en el *duodeno*, los síntomas no se diferencian sensiblemente de los del cáncer gástrico. El *cáncer de la parte media del intestino delgado* es el mas raro de todos: ocasiona *dolores de vientre*, *trastornos de la digestion*, *alternativas de diarrea y de estreñimiento*, y presenta un tumor que por lo comun no se halla situado en el trayecto del intestino grueso. *El cáncer del fin del íleon y del principio del ciego*, que es mas frecuente que el precedente, se distingue por el sitio que ocupa el tumor á que dá orígen, y por el obstáculo que opone al curso de las materias. En cuanto á los síntomas del cáncer que ocupa el fin del intestino grueso, voy á indicarlos rápidamente.

Cáncer de la S iliaca, del cólon y del recto.—El principal síntoma de este cáncer, es un *estreñimiento* mas ó menos rebelde, seguido en una época mas avanzada de la enfermedad, de una *diarrea* que es muy difícil de vencer. Se ha creido que esta diarrea era principalmente debida á la ulceracion del cáncer; pero el hecho no es exacto, y se encuentran casos como Vidal de Cassis (1) ha citado de ello un

(1) Vidal (de Cassis), *Du cancer du rectum et des opérations qu'il peut réclamer*. Paris, 1842, en 8.°

ejemplo, en el que el cáncer no ulcerado tiene por principal síntoma la *incontinencia de las materias fecales*. El *dolor* no es un fenómeno constante, pues falta muchas veces al principio, y puede muy bien no manifestarse en ninguna época de la enfermedad.

La *palpacion* y la *percusion* dán á conocer la existencia de un *tumor* en la fosa ilíaca izquierda, cuando la enfermedad reside hácia la S ilíaca del cólon, cuya corvadura ocupa principalmente, como ha observado Chanu (1). Cuando el cáncer ocupa una parte mas profunda, se debe tratar de reconocer este tumor por medio del *tacto rectal* ó bien de un *speculum ani;* con todo, algunas veces está tan profundamente situado, que se sustrae á toda investigacion.

Tales son durante un tiempo mas ó menos largo, los signos del cáncer que ocupa la parte inferior del intestino grueso. Sin embargo, es preciso agregar cierto grado de *enflaquecimiento*, de *debilidad* y *palidez de los tegumentos*, muy notables en algunos casos.

En una época mas adelantada se agravan los accidentes, y entonces sobreviene la diarrea y el *flujo por el ano de una materia saniosa*, sanguinolenta y purulenta, que presenta el olor característico del cáncer. Al mismo tiempo se sienten *dolores* mas ó menos vivos, el enflaquecimiento aumenta, la debilidad es extremada y se observan los diversos síntomas generales mencionados al tratar de los demás cánceres, y principalmente del cáncer del estómago. A veces el tumor canceroso es bastante voluminoso para ocasionar *síntomas de compresion* sobre los órganos inmediatos. Hace muy poco tiempo que he visto en el hospital de la Piedad á un hombre que presentaba en la region hipogástrica, y un poco al lado izquierdo, un tumor duro y abollado, y que se quejaba principalmente de una dificultad notable en la emision de la orina y de dolores en la vejiga. A primera vista se hubiera podido creer que habia un tumor de este último órgano; pero el tacto rectal daba á conocer una tumefaccion considerable con vegetaciones, que producia un líquido sanioso y fétido, y la diarrea contínua que el enfermo experimentaba hacia ya largo tiempo, acababa de establecer el diagnóstico. En efecto, el tumor se habia desarrollado en las paredes del recto y comprimia la vejiga solo por su desarrollo. Es fácil concebir cuáles deben ser los efectos análogos de los cánceres situados en otros puntos del intestino.

Requin ha referido un caso en el que el cáncer del cólon habia producido por su ulceracion la comunicacion de este intestino y del estómago; de lo que resultaron vómitos de materias fecales que del cólon pasaban al estómago. Se pueden establecer comunicaciones análogas entre el intestino y los demás órganos huecos contenidos en el abdómen.

(2, Chanu, *Du cancer du rectum*, thése. París, 1842.

§ III.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* de esta afeccion es crónico. Su *duracion* puede prolongarse durante muchos años, y su *terminacion* es siempre fatal, á no ser que ocupe una parte del recto accesible á las operaciones quirúrgicas. Pero este es un punto que es del dominio de la cirujía, y que basta indicar aquí. Algunas veces sobrevienen grandes hemorragias, debidas á la ulceracion y perforacion del intestino que aceleran á veces esta terminacion fatal.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

Tampoco debo extenderme mas sobre las *lesiones anatómicas*. Las diversas formas del cáncer, las ulceraciones y las vegetaciones, en una palabra, todo lo que he descrito al tratar del cáncer *del estómago*, se encuentran en el cáncer del intestino. A veces se hallan en la parte ocupada por la degeneracion cancerosa, cuerpos extraños, como huesos de frutas, etc.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* del cáncer del intestino no ofrece por lo comun grandes dificultades. La existencia de un tumor acompañado de síntomas de enflaquecimiento y de caquexia cancerosa, sirve de guia al médico. Así, pues, únicamente diremos dos palabras de una particularidad mencionada por Cruveilhier: en un sugeto que padecia un cáncer al principio del ciego, se habian acumulado en la parte afectada del intestino una gran cantidad de huesos de guindas. Habia un tumor en la fosa ilíaca derecha, y si se comprimia sobre este tumor para apreciar su resistencia, la colision de los huesos de guindas producia una especie de crepitacion que hubiera podido hacer creer que existia un *enfisema*. En semejante caso, las abolladuras que presenta ordinariamente el tumor y el sonido á macizo á la percusion, evitarán el error.

§ VI.—Tratamiento.

Nada de particular tengo que decir acerca del *tratamiento*, sino que haciendo la *dilatacion* se puede así en el cáncer del recto, como en el de simple estrechez, prolongar la vida del enfermo, y que la cirujía ha llegado en la actualidad á practicar operaciones que inte-

resan una parte bastante alta del intestino, operaciones que en otro tiempo se creian imposibles; pero sobre este punto remito al lector á los tratados de Cirujía (1).

En cuanto á *los medios paliativos*, no se diferencian sensiblemente de los que he indicado al tratar del cáncer del estómago. Unicamente debo prevenir al lector contra un accidente, que ha sucedido algunas veces. Habiéndose administrado lavativas laudanizadas á una dósis regular á sugetos que padecian una ulceracion cancerosa del recto, ha resultado un *envenenamiento*, atribuyéndose esta accion á la prontitud de la absorcion por la superficie ulcerada.

ARTÍCULO XIII.

ENTERALGIA.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

No hay cosa mas mal definida que la enteralgia; porque leyendo los autores no se sabe cuáles son los casos que realmente la pertenecen. En efecto, hay un gran número de afecciones que producen dolores intestinales y muchas veces no se ha visto en ellas mas que el dolor, lo que ha inducido á considerarla como una neuroses. Así, pues, bajo el nombre de *cólicos nerviosos*, reemplazado generalmente por el de *enteralgia*, se han incluido los dolores de las paredes intestinales, y otros dolores procedentes de la distension intestinal que se presentan en la timpanitis, etc. Es pues imposible dar mayor precision á la historia de esta enfermedad; sus síntomas no se diferencian perceptiblemente de los de la gastralgia sino por su asiento.

§ II.—Causas.

La *causas* son generalmente las mismas que las de la gastralgia.

§ III.—Síntomas.

Los *síntomas* son los siguientes: primero se observa un *dolor* que varía mucho por su intensidad, que se presenta principalmente alrededor del ombligo, y algunas veces es bastante violento para ar-

(1) Vidal (de Cassis), voy. *Traité de pathologie externe*. 5.ª édition par le docteur Fano, París, 1861, t. IV, p. 545.

rancar gritos á los enfermos, hacerles tomar posiciones extravagantes, que con bastante frecuencia se calma, pero sin modificarse su naturaleza por la presion, aumentándose por el contrario algunas veces. Este síntoma no se exaspera ordinariamente por la ingestion de los alimentos como el dolor de la gastralgia. Durante la digestion, y cuando las materias empiezan á penetrar en el intestino, es cuando se verifica la exacerbacion, la que llega á veces á ser excesiva. Tan pronto se hallan concentrados los dolores en el punto que se acaba de indicar, como se irradian á los diversos puntos del abdómen.

Los sugetos afectados padecen ordinariamente de *flatuosidades* incómodas, y como muchas veces los gases no son expelidos, se acumula en el intestino, y entonces hay *timpanitis intestinal*, resultando de aquí *borborigmos*, la *tension del vientre* y gran *sonoridad* de esta parte á la percusion. El *estreñimiento* es ordinariamente pertinaz, pero las mas veces se nota, en especial inmediatamente despues de comer, una *diarrea pasajera*.

Como acabamos de ver, la enteralgia suele manifestarse por *crísis*, y durante estas *crísis* ó *accesos*, se observa grande *ansiedad*, *frialdad en las extremidades*, *sudor frio*, *descomposicion* de las facciones y á veces, en fin, la *lipotimia* y el *síncope*. El *pulso* presenta entonces cierto grado de aceleracion, de concentracion, y debilidad; pero fuera de estas circunstancias, está tranquilo, natural y algunas veces lento. Tambien se ha observado que estas crísis se verificaban principalmente á consecuencia de las emociones vivas, despues de trabajos prolongados, y como he dicho mas arriba, durante la digestion.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso*, *duracion y terminacion* de la enfermedad no se diferencian de los de la gastralgia.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* puede presentar algunas dificultades, y es indudable que se han cometido bastantes errores. Es evidente que no se podrá confundir la enteralgia con la *enteritis*, así, pues, no me detendré mas sobre ello; pero hay una afeccion que se asemeja mucho á la de que se trata, y que probablemente se ha tomado muchas veces por ella, y es la *neuralgia lumbo-abdominal*. En esta neuralgía los dolores son á veces excesivos, repiten por accesos y uno de los puntos que ocupan se encuentra en el hipogastrio y alrededor del ombligo, lo cual es causa de numerosos errores. Ambas afecciones se distinguirán en los signos siguientes: en la enteralgia, la presion no es

por lo regular dolorosa; al contrario, en *neuralgia lumbo-abdominal*, además del dolor hipogástrico y umbilical, se encontrarán los puntos doloridos lumbar y lateral que la caracterizan. Este signo basta para el diagnóstico.

El *reumatismo de las paredes abdominales* podria tambien ser causa de cometer un error; pero la persistencia de los dolores, la dificultad en los movimientos que interesan á los músculos afectados, y la falta de flatuosidades, desvanecerán en breve todas las dudas.

En cuanto al *cólico hepático* y el *cólico nefrítico* ocupan diferente sitio, y estas afecciones no pueden dar lugar á una equivocacion, á no ser que se haga la observacion con muy poco cuidado.

§ VI.—Tratamiento.

Todos los autores estan de acuerdo en decir que el *tratamiento* de la enteralgia no se diferencia sensiblemente del de la gastralgia; únicamente diremos que forman la base de él las *lavativas opiadas*, algunos *laxantes* para vencer el estreñimiento, y la aplicacion de los *revulsivos* alrededor del ombligo.

En el periódico *La Verdad de Madrid*, (1842), se encuentran dos casos de enteralgia, curados por el uso del *cloroformo* administrado del modo siguiente:

R. Agua destilada de flor de tilo...........	40 gram.	Cloroformo............	12 gotas.
		Mucílago................	C. S.

Se toma una cucharada de cuarto en cuarto de hora.

ARTÍCULO XIV.

CÓLICO SECO.

La enfermedad de que vamos á ocuparnos ha sido designada con los nombres de *cólico del Poitou*, *de Normandía*, *España*, *Madrid*, *Devonshire*, *Cayenne*, *de Surinam*, *de cólico intertropical*, *cólico nervioso endémico de los paises calientes* (Fonssagrives), *de cólico seco* (anglais, *dry belly ache*), *nervioso*, *vegetal*, *de neuralgia del gran simpático* (Segond), *de gastro-enteralgia reumatismal de los marinos* (Langevin), *de cólico de los navios* (anglais *firemen's colic*) denominaciones traidas, ya de las localidades en donde la enfermedad se observó y observa habitualmente, ya de las causas supuestas, ya, en fin, de los principales síntomas y de su naturaleza, con cuyos nombres se vienen designando durante el curso del último siglo y hasta hoy altera-

ciones del aparato digestivo caracterizadas muy particularmente por violentos dolores de vientre, vomituriciones y un rebelde estreñimiento. Estos accidentes que en grados muy variables pueden desarrollarse en todos los países, son seguidos en la mayor parte de los casos de fenómenos muy graves por parte del sistema nervioso (parálisis, epilepsia). ¿Son ordinariamente resultado de la intoxicacion saturnina, ó si la introduccion del plomo en la economía no ha podido ser revelada, constituyen una enfermedad especial propia de ciertos países y de ciertas profesiones y frecuente en las comarcas tropicales? Tal es la cuestion que hace cien años, con ocasion del *cólico del Poitou*, como desde hace veinte con ocasion de numerosos cólicos observados en la marina francesa, ha sido objeto de animados debates en los cuales tomaron parte muchos médicos.

Desde la última edicion de esta obra, los numerosos trabajos que demostraron la posibilidad de la intoxicacion saturnina en muchas circunstancias en las cuales no se sospechaba, las investigaciones hechas en este sentido en todos los puntos del globo por los médicos de la marina francesa, á consecuencia de los magníficos trabajos de *A. Lefevre*, los incontestables resultados obtenidos por las medidas higiénicas debidas á la iniciativa y perseverantes esfuerzos de este sabio, adelantaron singularmente la solucion de este problema tan vivamente discutido.

Es preciso reconocerlo; hoy dia no puede menos de mantenerse en el cuadro nosológico, á título de entidad mórbida especial, distinta de una de las manifestaciones mas ordinarias de la intoxicacion saturnina, una enfermedad que á pesar de su identidad con el cólico de plomo, por confesion de sus mas decididos defensores, debe ser exceptuada bajo el aspecto etiológico. En una obra que como esta, es esencialmente práctica, es preciso renunciar á consagrar un capítulo á un estudio que no tendria otra razon de ser, sino bajo el punto de vista histórico y crítico. Esta opinion parecerá desde luego fundada para los que no vean en los casos llamados *cólico seco*, sino casos de enteralgia, ó casos de cólico de plomo en que fácilmente se puede reconocer su orígen. Para los que todavía no estén conformes con esta opinion, lo considerarán como un perjuicio bajo el aspecto clínico. En efecto, todas las nociones útiles á la cabecera del enfermo, todas las medidas profilácticas que se dirijan contra la pretendida entidad mórbida que cuenta pocos partidarios, están contenidas evidentemente en los capítulos en que se trata de la ENTERALGIA (tomo III) de la INTOXICACION SATURNINA (tomo V): con ocasion de esta última enfermedad indicaremos los numerosos escritos publicados sobre la cuestion del cólico seco.

ARTÍCULO XV.

FLATUOSIDADES INTESTINALES.

Con los nombres de *cólera seco*, *cólicos ventosos*, *passio*, *affectio flatulenta*, se ha designado un fenómeno que se produce en circunstancias muy variadas, y que consiste en un considerable desarrollo de gas en la cavidad intestinal. No entra en mi plan el hablar de todos los casos en que este desarrollo es excesivo, pues entonces pertenecen á diversas enfermedades en que se halla naturalmente en su lugar oportuno. Unicamente diré aquí que algunas veces no se encuentra una causa manifiesta de esta especie de accidente, que tiene entonces un carácter puramente nervioso; pero que por lo comun depende de la gastralgia, de la enteralgia, de las digestiones laboriosas, de la ingestion de sustancias indigestas, de un estado de histérico y de la clorosis: circunstancias que deben llamar particularmente la atencion del médico.

Unas veces son los gases expelidos fuera, y otras por el contrario, sea que los intestinos distendidos tengan una contraccion muy débil ó por cualquiera otra causa, quedan encerrados en el interior de estos órganos, y entonces resulta el *meteorismo* de las enfermedades graves de que no debemos tratar aquí, ó bien la *timpanitis* de que hablaré mas adelante.

El *tratamiento* de las flatuosidades que tienen por donde salir libremente al exterior es por lo general difícil, á no ser que sea debida la afeccion á una causa fácil de destruir como la clorosis. Para combatirlas se han usado los medicamentos llamados *carminativos*, tales como las *infusiones* de *anis*, de *hinojo*, de *cilantro*, *de semilla de menta piperita*, etc., tomadas en ayunas. Tambien se han empleado los *antiespasmódicos*; así Hoffmann prescribia su *licor anodino mineral*, Van Swieten (1) recomendaba particularmente el *éter nitroso* (*spiritus nitri dulcis*), y otros han aconsejado las lavativas de *asa fétida*, las *lavativas laudanizadas*, etc. En el caso en que la afeccion llegase al mas alto grado, se usará la pocion antiespasmódica de Starck, que se compone de lo siguiente:

R.	Eter nitroso........................	aa 4 gram.
	Tintura de opio........................	

Se dan veinte gotas cada dos ó tres horas en una cucharada de agua azucarada.

La aplicacion de estos diversos tratamientos es sumamente fácil.

(1) Van Swieten, *Commentarii in H. Boerhaavii Aphorismos*, t. II, § 150.

ARTÍCULO XVI.

TIMPANITIS.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Cuando por una causa cualquiera se halla contenida gran cantidad de gases en los intestinos sin poder salir, de suerte que llegan á distenderlos notablemente, se dice que hay *timpanitis*. La timpanitis es una de aquellas afecciones que están relacionadas con estados morbosos muy diversos. No creo conveniente ocuparme aquí mas que de la timpanitis nerviosa, y de la que es producida por un desprendimiento extraordinario de gases durante la digestion.

Estas dos especies se encuentran por lo comun en las *mujeres* y en los *niños*. La última que está evidentemente ligada con la indigestion, se desarrolla despues del uso de los alimentos farináceos, de las frutas rojas, de las bebidas fermentadas, y principalmente de las que contienen una notable cantidad de ácido carbónico. La primera se manifiesta mas frecuentemente en los sugetos nerviosos, en las histéricas, cloróticas, etc., etc.

§ II.—Síntomas.

La timpanitis, tal como nosotros la consideramos, no es una *enfermedad muy frecuente*, y está casi exclusivamente caracterizada por la *elevacion del abdómen*, cuya configuracion no cambia en las diferentes posiciones del cuerpo, como lo habia hecho notar Trnka; por el *sonido timpanítico* general de esta cavidad, que ha hecho dar este nombre á la enfermedad; por una *sensacion de plenitud* y de distension; por el *trastorno de las digestiones*; por el *estreñimiento*, y en fin, por *una dificultad mas ó menos notable de la respiracion*, debida á la repulsion del diafragma y á la compresion de los pulmones. Los demas fenómenos que acompañan á la timpanitis no pertenecen en propiedad á esta afeccion, pero son el resultado del estado morboso en que se ha declarado.

§ III.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de esta afeccion es muy variable, puesto que á veces persiste por espacio de mucho tiempo, y otras se disipa rápidamente

así que aparece. Mas para que la timpanitis desaparezca no es necesario que se expelan los gases, porque se ha visto algunas veces que se disipan prontamente por simple absorcion algunas *neumatosis intestinales* muy considerables.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

En esta timpanitis no hay *lesion* á que podamos atribuir el desarrollo de la afeccion. Cuando la enfermedad dura muchos dias, sobreviene un engrosamiento de las paredes intestinales, que es el resultado comun de la dilatacion de los órganos huecos.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* de la timpanitis intestinal no presenta por lo regular grandes dificultades; pues el sonido á macizo que hay en la *ascitis* al nivel del líquido, impide que se cometa ningun error; ya volveremos á hablar de este diagnóstico al tratar de la *hidropesía*.

La *timpanitis peritoneal* y la *timpanitis uterina*, son las dos afecciones con que mas fácilmente podemos confundir la enfermedad de que tratamos. La primera que es sumamente rara, se distingue por la igualdad perfecta del sonido en todos los puntos del abdómen, y por la falta de sonido á macizo al nivel de ciertos órganos, como el hígado, el bazo y la vejiga cuando está distendida. La segunda, que aunque es menos rara, no llega ni con mucho á ser frecuente, presenta de notable que el sonido timpanítico no ocupa todo el abdómen y casi no pasa mas arriba del ombligo, en que está limitado por una línea circular, que partiendo de este punto y no pasando del confin de las regiones ilíacas, señala la matriz distendida. Pero ya nos hemos detenido demasiado sobre estos casos enteramente excepcionales.

§ VI.—Tratamiento.

El *tratamiento* de la timpanitis debida al desarrollo de gases, consiguiente á la ingestion de las sustancias indicadas mas arriba, consiste en el uso de los *emeto-catárticos*, que prontamente triunfan de la enfermedad. En cuanto á la otra es mas difícil conseguir un buen resultado. Sin embargo, algunas veces se logra hacer desaparecer los gases intestinales con *fomentos aromáticos* hechos con una infusion de salvia, romero, etc., con *fricciones* con *alcohol ó vino caliente;* por medio de un *baño aromático*, como lo recomendaba P. Frank, ó bien de la aplicacion del *calor* con bayetas muy calientes ó arena casi abrasando, etc. Para dar á los intestinos la energía necesaria

para desembarazarse de los gases, se ha usado hace ya mucho tiempo, el *hielo* administrado por la boca ó bien las *lavativas frias*. Las *bebidas acidulas* han sido tambien seguidas de buen resultado, y lo mismo sucede con las *afusiones frias* sobre el abdómen que producen contracciones enérgicas.

Por último, se han empleado medios mecánicos que consisten en la *compresion del abdómen* y en la introduccion de una larga *sonda de goma elástica* á la que se adapta una jeringa para extraer el aire de los intestinos. Pero estos medios, á los que se ha dado demasiada importancia, están lejos de tener siempre buenos resultados. Si las primeras tentativas fueran inútiles, no se debe insistir en ellas ó se deberán hacer con muchas precauciones, porque pudieran sobrevenir accidentes cuya gravedad es fácil de calcular.

Hay un medio que solo se deberá emplear en el último extremo, y sobre el cual están lejos de hallarse conformes los médicos; tal es la *puncion de los intestinos*. Dusseau (1) ha practicado esta operacion con buen éxito, y Levrat ha visto curarse prontamente una enferma despues de la puncion intestinal; pero en otros muchos mas casos no parece ha hecho otra cosa que acelerar la muerte; y por esta razon la desechan muchos autores. De todos modos, si tuviésemos que recurrir á la paracentesis abdominal, no se la deberia practicar hasta el momento en que fuese inminente la muerte.

ARTÍCULO XVII.

ESTREÑIMIENTO.

No describiremos aquí sino la constipacion que ha recibido el nombre de primitiva ó idiopática.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Consiste el estreñimiento en defecar con dificultad y pocas veces. Sin embargo, conviene tener presente que esta rareza y dificultad son relativas, y que para formar el médico su juicio, debe tener conocimiento de los hábitos del sugeto. Una persona que tuviere costumbre de hacer de vientre varias veces al dia, y que fuese cada veinticuatro ó cuarenta y ocho horas y aun con alguna dificultad, deberia considerarse como estreñida. Esta enfermedad que se ha descrito tambien bajo los nombres de *alvus clausa*, de *retentio excrementorum*, es *muy frecuente*.

(1) Dusseau, *Annales de la Société de médecine de Montpellier*, ann. XIII-XIV.

§ II.—Causas.

Se ha buscado en la fisiología las *causas primeras* del estreñimiento; así es que se han descrito diversas especies en la que habia ya una *modificacion de la secrecion biliar ó pancreática*, ya las *suspension* de la *exhalacion mucosa*, ya *una absorcion demasiado rápida* de las materias, etc. (1). Pero estas consideraciones, que sin duda son muy interesantes, no tienen una verdadera importancia para la práctica.

Las *causas predisponentes* al estreñimiento son: el *temperamento nervioso*, la *edad avanzada*, la *vida sedentaria* y la *preñez;* pero en este último caso hay compresion del intestino grueso. Por último, en ciertos sugetos es muy difícil encontrar nada que explique el estreñimiento permanente que presentan. Las *causas ocasionales* mas generalmente admitidas son: el *uso de las carnes negras*, de los *alimentos estimulantes*, de los *líquidos alcohólicos*, de los *narcóticos*, de los *astringentes*, de los *ferruginosos* ó bien de un *régimen demasiado severo*. Tambien hay otra causa sobre la cual aun no se ha fijado bastante la atencion, y es la costumbre de no ir á obrar sino mucho tiempo despues de principiarse á sentir la necesidad de deponer. Poco á poco se habitúa el intestino á resistir á esta necesidad, y por último, la consecuencia es un estreñimiento pertinaz.

§ III.—Síntomas.

El estreñimiento *empieza* por lo comun poco á poco, y sin que de ello tengan conocimiento los enfermos.

Rara vez se manifiesta en una edad poco adelantada, y es raro tambien que una vez producido, no persista por espacio de mucho tiempo y aun durante toda la vida. En los casos mas comunes el estreñimiento no produce síntomas muy graves. Por lo general, los sugetos que no obran mas que una vez cada tres ó cuatro dias, y que solo deponen una mediana cantidad de materias fecales muy duras, son *flacos* y de *mediano apetito*, tienen digestiones *poco fáciles*, y un *carácter* irritable. A veces están expuestos á una *cefalalgia* mas ó menos rebelde, y sienten *llamaradas* al rostro, experimentan *aturdimiento* y tienen tendencia al *sueño* despues de comer; el *trabajo intelectual* es difícil, y en fin, los *borborigmos* y á veces *una necesidad no satisfecha* de deponer, la *tension del abdómen* y la *pesadez hácia el perineo*, completan el cuadro de estos síntomas, al que se ha dado mucha mas importancia que la que merece. Pero cuando

(1) Copland, *Dictionary of pract. med.*, t. I, 2.ª part.

el estreñimiento dura mucho mas tiempo, resulta de él un accidente que no carece de peligro, cual es la *acumulacion de las materias fecales* ó *atascamiento intestinal*, que requiere una descripcion particular.

Acumulacion de las materias fecales en los intestinos.—Esta aglomeracion puede verificarse en diferentes partes del trayecto intestinal. Algunas veces se la encuentra *en el ciego*, pero aun mas frecuentemente *en el recto y en la S iliaca.* La cantidad de *materias acumuladas* es muy considerable, y forma en la superficie del abdómen un *tumor* prolongado, irregular, abollado, que dá un sonido muy macizo por la *percusion.* Algunas veces no hay mas que una mediana cantidad de materias, formando una especie de bolas que se sienten mover muy distintamente debajo de los dedos y á las que se ha dado el nombre de *escíbalas.* La distension del intestino que de aquí resulta no es igual, y de allí provienen además de las *abolladuras*, que he indicado mas arriba, una especie de *apéndices* ó de *desviaciones del intestino* que es arrastrado por el peso de las materias; circunstancias estudiadas recientemente por Toulmouche (1), de las que resulta un aumento considerable de la pertinacia del estreñimiento.

Los accidentes que produce esta acumulacion de las materias fecales son los que hemos indicado ya muchas veces en la descripcion de las enfermedades en que se halla interrumpido el curso de estas materias. Las *náuseas*, el *hipo*, los *eructos*, el *vómito*, la *elevacion* del vientre, la *debilidad*, algunas veces la *insensibilidad del pulso*, una *agitacion* extremada y en ocasiones el *delirio*, la *frialdad* de las *extremidades*, la *sequedad de la piel*, y la alteracion profunda de la *cara*, anuncian la mucha gravedad de la afeccion. Tambien se ha observado que en la mayor parte de los casos el *aliento* contraía una notable fetidez.

El estreñimiento es una afeccion esencialmente *crónica;* sin embargo, no hay persona que no padezca mas ó menos frecuentemente un estreñimiento pasajero, pero que no se puede considerar como una verdadera enfermedad.

La *duracion* de la afeccion es *ilimitada*, y en cuanto á su *terminacion*, no es de temer que sea fatal sino cuando sobreviene una acumulacion considerable de materias fecales.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

No hay ninguna lesion anatómica que se pueda mirar como causa del estreñimiento; pero hay algunas que son una consecuencia de él,

(1) Toulmouche, *Modifications que peuvent éprouver les matières fécales dans le gros intestin et des phénomènes auxquels elles peuvent donner lieu par leur accumulation dans un ou plusieurs points de ce dernier* (*Gazette médicale*, 23 Marzo y 1.° de Junio 1844, p. 334).

tales como la dilatacion del intestino, el engrosamiento de las paredes, los apéndices y las desviaciones de este órgano indicadas mas arriba; por último, en algunos casos ha llegado á ser tal la distension, que se ha observado su *rotura*.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico del estreñimiento no presenta graves dificultades, pues la persistencia de la salud no permite creer que haya una afeccion orgánica profunda. La forma de las materias expelidas no es la que se observa en la *estrechez intestinal*, y por otra parte la falta de síntomas gástricos violentos impide admitir la existencia de una *estrangulacion interna*, aun cuando el estreñimiento se prolongue excesivamente. Pero cuando hay *acumulacion* de materiales fecales, el diagnóstico exije mayor atencion. Esta acumulacion de materias se verifica como he dicho, ya en el ciego, ya en la S ilíaca ó bien en el recto. En el *primer caso*, se distingue el atascamiento intestinal del *cáncer* con el que pudiera fácilmente confundírsele, por un tumor duro, abollado, poco ó nada doloroso, y que dá por la percusion un sonido á macizo que se continúa mas ó menos en la direccion del trayecto del intestino y sobreviene en poco tiempo. Mas para completar este diagnóstico es necesario añadir que falta el enflaquecimiento que por el contrario es mas ó menos notable en el cáncer.

La falta de dolores vivos, ya espontáneamente, ya á la presion, la menor intensidad de los síntomas, las abolladuras, la forma irregular y la extension del tumor, bastan para evitar el confundir la acumulacion de las materias fecales *en la S ilíaca* con la *invaginacion intestinal*, cuyo asiento principal es la fosa ilíaca izquierda.

Queda ahora la acumulacion de materias fecales *en el recto*. En este caso el tacto por el recto es un medio infalible de diagnóstico. Si en algunos casos se ha podido creer que existia un cáncer cuando no habia mas que materias fecales acumuladas, es porque no se tenia bastante presente la posibilidad de este accidente. Inmediatamente encima del esfinter se percibe un tumor duro, desmenuzable, seco; muy diferente de un tumor sanioso húmedo, que constituye casi todos los cánceres, y si se rasga con la uña, se extraen pequeñas partículas de materias fecales que no dejan la menor duda. No insistiré mas sobre estos diagnósticos que me parecen bastante aclarados.

§ VI.—Tratamiento.

Cuando el estreñimiento es ligero y compatible con un estado soportable de salud, los sugetos que le padecen se contentan con tomar de cuando en cuando algunos *laxantes y lavativas*, lo cual

basta para librarles momentáneamente de los leves síntomas que experimentan. Pero cuando el extreñimiento es mas pertinaz, se debe primero averiguar si hay en los hábitos y en el régimen algunas de las causas señaladas mas arriba; porque así que se conozca, se presentarán por sí mismos los medios para combatirle. Así, pues, se usarán con buen resultado el *ejercicio*, y principalmente el de *á pié*, el uso de las *frutas de la estacion*, de *vegetales verdes* y de las bebidas *refrigerantes y acídulas*. El *humo de tabaco*, el fumar un cigarrillo ó un cigarro, es en muchos sugetos un excelente laxante que se opone eficazmente al extreñimiento y lo mismo sucede para otros con el *agua pura*, la *leche*, la *cerveza*, y el café con leche. Frecuentemente recomendamos una taza de leche caliente, con una cucharada de miel despues de acostarse.

Chomel, Trousseau (1) y casi todos los prácticos insisten acerca de la necesidad absoluta de visitar diariamente el retrete, tenga ó no lugar la evacuacion, y el momento mas favorable, es en general por la mañana despues de haber almorzado.

Si los medios anteriormente indicados no bastasen, es necesario recurrir á los purgantes mas ó menos enérgicos, segun los casos, de donde se han originado todas esas invenciones de *píldoras purgantes*, de *granos de salud*, etc., que es tan fácil reemplazar por algunas de las preparaciones que se encuentran en los diversos formularios. Se dará, por ejemplo, todos los dias la píldora siguiente:

R.	Jalapa...........	15 centíg.	Escamonea...........	3 centíg.
	Acíbar...........	10 centíg.		

Para una píldora.

Por lo demás, bajo este punto de vista se debe estudiar la susceptibilidad intestinal de cada individuo, porque los purgantes tienen una accion muy diversa segun las personas.

El *ruibarbo* á la dósis de 50 centígramos, puro ó unido á la *magnesia*, ó bien al *aloes*, tomado con preferencia al empezar á comer. Trousseau aconseja mucho las píldoras siguientes:

R.	Aloes...........	aa 1 gram.	Goma-guta...........	1 gram.
	Extracto de coloquintida...........		Extracto de beleño...........	25 centíg.
	Extracto de ruibarbo.		Aceite esencial de anis...	2 gotas.

Para 20 píldoras plateadas.

Se dá cada dos ó tres horas antes de la comida, una, dos ó tres píldoras, segun el efecto que produzcan.

Bretonneau y Trousseau, aconsejan las píldoras de extracto y

(1) Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*. t. III, p. 178.

polvo de *belladona* (aa 1 centíg.) á la dósis de una, dos, tres, cuatro ó cinco por la mañana en ayunas.

El doctor Allnatt (1), aconseja la *hiel de buey* á la dósis de 60 gramos en lavativa, y á la de 50 centígramos en píldoras.

Algunos sugetos no pueden vencer el estreñimiento sino tomando *lavativas de agua fria*. A veces ha bastado la aplicacion sobre el vientre de *compresas frias* ó de fragmentos de *hielo*, y otras se han hecho con buen resultado *fumigaciones simplemente acuosas, ó bien cargadas de vinagre*, y dirigidas hácia el ano. Por último, si no hay acúmulacion de materias en un punto del intestino, se usan con ventaja, las *lavativas purgantes*, pero solamente como medios *paliativos*.

Observando Fleury (2) que con los medios anteriormente expresados y aun los purgantes muy enérgicos, como el *aceite de croton tiglio*, solo se ha conseguido un resultado feliz momentáneo, ha intentado la curacion por medio de *mechas* introducidas en el recto, y untadas bien de cerato simple puro, ó bien de cerato al que se haya incorporado una quinta ó sexta parte de *extracto de belladona*. En comprobacion ha citado tres observaciones de estreñimiento muy pertinaz, en el cual ha tenido este medio el mejor resultado, y lo que hay mas notable es que al cabo de cierto tiempo que no ha pasado de veinte, se han podido suspender las mechas sin que apareciese de nuevo el estreñimiento.

El uso de supositóricos, es mas cómodo que el de las mechas, pudiendo emplearlos de *manteca de cacao*, de *jabon* ó bien de *miel endurecida*: estas últimas son mas activas. Trousseau cree que no debe apelarse á este medio, si no en el caso de que sea rebelde el estreñimiento.

La *hidroterapia* ha triunfado algunas veces de un estreñimiento que se habia resistido á los medios mas variados. Un vaso de agua fria por la mañana en ayunas le ha probado á algunas personas. La aplicacion sobre el vientre por la mañana en ayunas de una compresa empapada en agua fresca y cubierta con un tafetan gomado, ha producido en algunas ocasiones buenos resultados.

Hay indivíduos á quienes debe aconsejársele la cerveza, á otros la cidra, la uva y las ciruelas como postres: *pan con salvado* preparado con tres cuartas partes de flor de harina y la otra de salvado, es un buen laxante.

Labariller (3) recomienda tomar al principio de cada comida ocho ó diez.

(1) Allnatt, *The Lancet.*

(2) Fleury, *De l'hydrosudothérapie, ou système thérapeutique basé sur l'action combinée de l'eau froide et l'excitation de la perspiration cutanée* (*Archives générale de medecine*, 2.ª série 1838, t. XV. p. 208).

(3) Labariller, *Bons effets du pain de son contre la constipation qui complique les maladies de l'utérus* (*Bulletin général de thérapeutique*. Noviembre 1852, tomo XLIII, p. 464).

Réstanos ahora hablar del *tratamiento de la acumulacion de las materias fecales*. Cuando esta acumulacion se verifica en el ciego, se la debe combatir á la vez por el estómago y por el intestino. Por el primero se administran los *purgantes drásticos* y principalmente el *aceite de croton tiglio*, que se dá en píldoras á la dósis de una, dos ó tres gotas. Al mismo tiempo se introducen en el recto y en el cólon, *lavativas de agua de jabon* ó bien cargadas de seis á diez gramos de *sal marina*, un fuerte cocimiento de sen, en una palabra, las *lavativas purgantes enérgicas*.

Cuando se verifica la acumulacion en la S ilíaca y en el recto, son inútiles estas lavativas. Efectivamente, en el recto, penetrando la cánula en las materias fecales, no puede administrarse la lavativa, y si el sitio del mal es un poco mas alto, es arrojado el líquido á medida que se inyecta.

El doctor Teissier, de Lyon (1), ha usado con buen éxito la *nuez vómica*, á las dósis de un centígramo al dia en el estreñimiento por inercia. Tambien aconseja las *lavativas astringentes* (con la corteza de roble, la ratania, la bistorta, el alumbre, el catecú, etc.,) en las mismas circunstancias. Esta especie de estreñimiento se observa principalmente en los ancianos.

El doctor Allegrand (2) afirma con mucha frecuencia, que ha triunfado de estreñimientos pertinaces por medio del *nitrato de plata*, administrado en cortas lavativas de la manera siguiente:

R. Agua destilada..... 32 gram. | Nitrato de plata....... 5 á 10 centíg.
Disuélvase.

Antes de dar esta lavativa, es preciso administrar una de agua pura para lavar el intestino.

En estos últimos tiempos ha pretendido Piorry que la *presion ejercida sobre el trayecto del intestino* era el mejor medio de combatir el atascamiento estercoral. Pero si en algunos casos excepcionales ha podido servir este medio grosero, ¿quién no conoce que este medio no se puede aplicar en los mas de los casos? En primer lugar, no se destruye por él la causa del estreñimiento, y además hay desviaciones del intestino, indicadas en particular por Toulmouche, que hacen que esta práctica no solo sea inútil, sino peligrosa.

La acumulacion de las materias en el recto exige una operacion particular, que es la de extraer mecánicamente las materias fecales.

Para este fin se ha propuesto servirse de una *cucharilla* ó del mango de una cuchara. Pero todos convienen en decir, que es mucho mas conveniente el *dedo*. Introducido el índice untado de cerato ó de aceite en el recto, no tarda en encontrarse bien pronto la masa es-

(1) Teissier, *Journal de médecine de Lyon*, Setiembre 1845.
(2) Allegrand, *Abeille médicale*, Octubre 1847.

tercoral, la que se procura ir excavando y sacando por porciones. Algunos autores aconsejan cuando se ha logrado extraer una parte, hacer inyecciones para facilitar la salida del resto; pero solo se deben practicar cuando el dedo no puede alcanzar el bolo fecal. Continuando así la extraccion, se llega por lo regular á reducir la masa hasta tal punto, que excita las contracciones del intestino. Entonces se verifica la defecacion naturalmente, saliendo primero las materias endurecidas y luego otras mas blandas y frecuentemente en muchísima cantidad. En seguida es necesario administrar lavativas laxantes para impedir la reproduccion de la acumulacion.

ARTÍCULO XVIII.

HEMORROIDES.

Desde la mas remota antigüedad se ha estudiado esta afeccion de que se hace ya mencion en varios escritos de Hipócrates (1). Los médicos de los siglos siguientes han hecho de ellas el objeto de numerosas disertaciones, y hasta fines del siglo pasado se ha escrito mucho sobre esta materia. No hallaremos tantos trabajos en estos últimos años; sin embargo, es preciso citar la Memoria de Récamier (2), la obra de Montégre (3), de la que tendré varias veces ocasion de hablar en este artículo, y muchos artículos de diccionarios; tales como el de J. Burne (4), el de F. Berard y Raige Delorme (5), y el de Monneret y Fleury (6). Es verdad que se han emprendido algunas investigaciones originales hace pocos años, y principalmente por Jobert (7) y Blandin; pero estas investigaciones, por otra parte muy interesantes, versan especialmente sobre la anatomía patológica y las operaciones á que dan lugar las hemorroides, segun Amussat (8), Chaissaignac (9). Lepelletier (10), etc.

(1) Hippocrate, *Œuvres complètes*, trad. par. Littré. Paris, 1844, t. IV, *Aphorismes*, sect. 3 et 6.

(2) Récamier, *Essai sur les hémorroïdes*. París, an VIII.

(3) Montégre, *Des hémoroïdes*. París, 1817.

(4) J. Burne, *Cyclopædia of practical medicine*, t. IV, p. 590, artículo HEMORROIDES.

(5) Raige-Delorme et P. H. Bérard, *Dictionnaire de médecine*, artículo HEMORROIDES, t. XV, p. 180.

(6) Fleury, *Compendium de médecine pratique*, t. IV.

(7) Jobert, *Traité des maladies chirurgicales du canal intestinal*. París, 1829.

(8) Amussat, *Mém. sur la destruction des hémorroïdes internes par la cautérisation*. Paris, 1846.

(9) Chassaignac, *Leçons sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales para l'écraseur linéaire*, 1858.

(10) Lepelletier, *Des hémorrhoïdes et de la chute du rectum*, thése de concours, 1845.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Mucho se ha disertado sobre la definicion de las hemorroides; pero habiéndose fijado bastante bien en la actualidad los límites de esta afeccion, estas discusiones son ya inútiles, especialmente para el práctico. En efecto, no se puede considerar como una afeccion hemorroidal todo flujo de sangre que proceda del recto; pues las disecciones esmeradas que recientemente se han hecho, y sobre todo, las de Jobert, han demostrado que el carácter esencial de los tumores hemorroidales, es el de estar formados por dilataciones varicosas de las venas rectales. Así, pues, diremos con la mayor parte de los autores modernos, que las hemorroides consisten en tumores sanguíneos de naturaleza varicosa, con ó sin flujo de sangre. Esta definicion ha dado orígen á algunas objeciones que examinaré despues.

Tambien se ha descrito esta afeccion con los nombres de *hæmorrhagia intestinorum*, *hæmorrhoisis*; *fluxus hæmorrhoidalis*; los italianos le han dado el nombre de *morice*, los españoles el de *almorranas*, etc. Queriendo algunos autores distinguir los diversos estados, en que segun ellos se pueden presentar las hemorroides á su observacion, han propuesto dar el nombre de *flujo hemorroidal* á la hemorragia simple de la extremidad del recto, asignar el nombre de *tumores hemorroidales* á los tumores no fluentes, y reservar el nombre de *hemorroides* para cuando hay á la vez tumores y flujo sanguíneo. Pero como haré notar despues de haber descrito los síntomas, semejante distincion carece de importancia.

Esta afeccion es bastante frecuente y vamos á indicar en qué circunstancias se produce mas comunmente.

§ II.—Causas.

La etiología de esta enfermedad no ha sido todavía bien estudiada.

1.° *Causas predisponentes.—Edad.*—Todos los autores están conformes en decir que esta enfermedad se padece con mas frecuencia en la *edad madura*. Pero mientras que unos niegan que pueda presentarse en los niños, otros han reunido hechos para probar que no era muy rara en estos últimos. Así, pues, Trnka (1) ha citado treinta y nueve casos de niños que padecian hemorroides, entre los que habia cinco que tenian menos de un año. Montégre nos dice que ha visto algunos casos parecidos pero no los refiere. Este autor no quiere

(1) Trnka, *Historia hæmorrhoidum, etc.* Vienne, 1794, pars III, vol. II, sect. 1, p. 726.

admitir con De Haen (1) que se haya confundido la *procedencia del recto*, tan frecuente en los niños, con verdaderas hemorroides, porque el flujo de sangre es un signo característico que no permite equivocarse. Pero aun suponiendo que no hubiese error, los ejemplos precedentes no nos deben impedir creer que esta enfermedad es relativamente muy rara en los niños, porque no hay duda de que se han recogido todos los hechos de esta especie, al paso que se han dejado pasar á millares los casos de hemorroides en los adultos. Por consiguiente, la proporcion es de las mas reducidas.

Sexo.—Hé aquí una cuestion que no está completamente resuelta, porque no se han hecho las investigaciones de un modo conveniente. La mayor parte de los autores admiten con Hipócrates, que las hemorroides son mucho mas frecuentes en los hombres que en las mujeres; pero hay algunos de ellos, entre los que debemos citar especialmente á Cullen y J. Frank (2), que afirman positivamente lo contrario. Montégre toma un término medio; en efecto, segun él las hemorroides accidentales y pasajeras pueden ser mas comunes en las mujeres que en los hombres, pero se ve con mas frecuencia en estos últimos que se establece esta afeccion de una manera constante y regular. Basta hacer estas indicaciones para dar á conocer cuánta es nuestra incertidumbre sobre un punto que un exámen mas atento de los hechos hubiera tan fácilmente podido aclarar. Por lo demás, nos limitaremos á decir, que de estas opiniones, la mas probable es que son mas frecuentes las hemorroides en los hombres.

Constitucion y temperamento.—Segun Montégre, «se pudiera trazar así el retrato del hemorroidario: es alto, mas bien delgado que grueso; tiene el color aplomado y amarillento, con gruesas venas que serpentean en sus brazos, manos, piernas y pié; su pelo es negro, y anima sus miradas un fuego sombrío; es brusco y colérico; sus pasiones son violentas y sus resoluciones tenaces; come mucho, pero le es indiferente la clase de alimentos, muchas veces se halla atormentado por ventosidades y siempre estreñido.» He citado este pasaje, solo con el fin de manifestar con qué seguridad afirman las cosas los autores, á pesar de faltarles las pruebas. ¿Quién es el que no ha visto hemorroidarios que en nada se parecen á este retrato? Por otra parte ¿no basta la existencia de esta afeccion durante cierto tiempo para modificar notablemente la constitucion? ¿Por qué, pues, no se ha averiguado si esta constitucion era primitiva ó secundaria? Es evidente que no se puede obtener ningun resultado preciso procediendo de una manera tan viciosa. Las mismas reflexiones se aplican á la influencia del *temperamento bilioso*, indicada principalmente por Stahl. Puede haber algo de verdad en estas opiniones; pero nos

(1) De Haen, *Thes. pathol. de hæmorrhoid.* Viennæ, 1759.

(2) Joseph Frank, *Praxeös medicæ universæ præcepta*, Pars III, vol. II, sect. 1re, cap. XIV. Lipsiæ, 1841.

falta la demostracion, y quizá sucede con esta constitucion hemorroidaria lo que con la constitucion apoplética, cuya poca certeza han demostrado las investigaciones modernas.

Como hace observar Raige Delorme, tampoco tenemos pruebas mas positivas respecto á la influencia de la *plétora*, y sin embargo, se halla admitida generalmente esta causa predisponente. En cuanto á la *hipocondría* ¿es la causa ó el resultado de la afeccion hemorroidal? Esta última suposicion parece la mas probable.

Higiene.—Se incluye el género de vida en la primera línea de las causas predisponentes de las hemorroides. Los *alimentos* abundantes y suculentos, las carnes negras, las especias y las bebidas alcohólicas favorecen principalmente segun los autores, la produccion de esta enfermedad. Lo mismo sucede con *la vida sedentaria*. Hoffmann atribuía á los progresos del lujo el aumento de la frecuencia de las hemorroides que habia creido observar en Sajonia, en el espacio de cuarenta años: pero estas son cuestiones que todavía no están completamente resueltas.

Estaciones y climas.—Algunos autores creen que son mas frecuentes las hemorroides en las *estaciones calorosas* y en los *climas cálidos*. Pero si se consultan las observaciones, se ve que esta afeccion es comun á todos los climas y á todas las estaciones, y que si hay una verdadera diferencia, no la conocemos suficientemente. Por otra parte, esta cuestion se refiere á los hábitos higiénicos, y no se la puede tratar por separado.

La supresion de los diversos flujos, ¿es una causa predisponente? Los autores no tienen la menor duda sobre este punto, y se han citado un gran número de hechos en favor de esta opinion. Así, pues, se ha visto que las *reglas suprimidas* son reemplazadas por la aparicion de hemorroides que daban lugar á un flujo de sangre mas ó menos regular, y entonces era una *hemorragia supletoria*. Otras veces han sentido los enfermos los primeros síntomas de la afeccion de que se trata, despues de haber desaparecido al cabo de bastante tiempo una *epistaxis* habitual. Tambien se ha observado que los sugetos predispuestos á la epistaxis durante su infancia y su juventud, eran mas frecuentemente atacados de hemorroides que los demás. En fin, se han citado hechos, y F. Hoffmann en particular (1) refiere uno bastante notable, en el que despues de haber dejado *de hacerse una sangría habitual*, han sentido los enfermos los primeros ataques de la afeccion hemorroidal. Estos hechos, cuyo valor é importancia no quiero negar, carecen de toda la precision que era de desear.

Cualidad hereditaria.—Para los que consideran como demostrada la influencia de la constitucion, no dudarán ni un instante en admitir la trasmision hereditaria de las hemorroides. Pero si se recuerda lo

(1) F. Hoffmann, *Cons. et resp. med.*

que se ha dicho anteriormente, se convendrá en que es muy difícil llegar por esta via á deducir una conclusion rigurosa. Unicamente quedan los hechos; pero diga lo que quiera Montégre, son bien insuficientes. Alberti (1) ha visto un niño hijo de un padre hemorroidario, ser atacado de esta afeccion desde su mas tierna edad, y Delarroque (2) ha conocido una familia toda entera, compuesta de *ocho* á *nueve* personas, así hombres como mujeres, cuyos indivíduos se quejaban todos mas ó menos de hemorroides. Algunos autores, y entre otros Alberti y Trdka, citan ejemplos parecidos.

La diátesis artrítica puede dar lugar á la formacion de hemorroides como Bazin (3) lo ha observado, y Trousseau (4) lo considera como una de las manifestaciones posibles de la gota larvada.

Quedan en fin las *pasiones tristes* y los *excesos venéreos*. Pero en cuanto á la primera de estas causas se puede preguntar si no sería mas bien un resultado de la enfermedad, y respecto á la segunda, se puede decir que no existen hechos auténticos que la apoyen.

2.° *Causas ocasionales.*—Las causas ocasionales, en las que encontraremos principalmente á aquellas á que se ha dado el nombre de *locales*, son mucho mejor conocidas.

En primer lugar es menester mencionar el *estreñimiento*, que es una de las causas determinantes mas activas. Segun los autores no es solo por la distension que ejercen las *heces* sobre la parte inferior del recto, como esta causa ejerce su influencia, sino tambien por la accion de materias acres é irritantes sobre las paredes de este órgano. Pero ningun experimento ha probado la realidad de este segundo modo de obrar. Al contrario, todo induce á creer que no hay mas que un simple efecto mecánico, y que la compresion prolongada de las venas del recto, produce por sí sola la dilatacion de los vasos oponiéndose al regreso de la sangre. Es cierto tambien que se ha considerado como un medio que favorece la dilatacion, la mayor ó menor contusion del orificio del recto, en el momento en que el bolo fecal endurecido es expelido á veces con suma dificultad. Pero si no se puede dudar que una vez producidas las hemorroides, esta contusion no ocasione accidentes notables, no es tan cierto que tenga una influencia marcada en su produccion. Sea de esto lo que quiera, no es dudoso que la primera aparicion de las hemorroides va casi siempre precedida de un estreñimiento mas ó menos pertinaz.

De la misma manera obra la compresion ejercida por el útero en el estado de *preñez*, y por los *tumores* que ocupan los órganos inmediatos al recto, y estas causas que ejercen inmediatamente su influencia sobre el órgano enfermo, han sido designadas así como el

(1) Alberti, *Dissert, de hæmorrh. hæred.*, 1727.
(2) Delarroque, *Traité des hemorroïdes*. París, 1812.
(3) Bazin, *Leçons cliniques sur les affections cutanées*.
(4) Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 328.

estreñimiento, con el nombre de *causas determinantes directas*. ¿Se deberán añadir las diversas *erupciones* que ocupan el ano, las *fricciones* demasiado repetidas en estas partes, las *lociones* multiplicadas en exceso, y la introduccion de *cuerpos extraños* en el recto? Si estos últimos fuesen voluminosos, podrian obrar como todas las causas precedentes; pero los casos de este género son muy raros, y se puede decir que no está bastante demostrada la existencia de estas últimas influencias. Lo mismo sucede con otra causa tambien indicada por todos los autores, es decir, la costumbre de *permanecer largo tiempo sentado al obrar*, aunque por otra parte es evidente que el estreñimiento pertinaz explica el mucho tiempo que se emplea para defecar, y esta causa basta por sí sola para producir la enfermedad.

En cuanto á la *inflamacion* del recto, á las *grietas* del ano, á su *constriccion espasmódica*, al *escirro* y al *cáncer* de este órgano, se ha estudiado muy poco su influencia, y no se puede menos de pensar que en cierto número de casos ha habido errores de diagnóstico. Esta es por lo demás la opinion de los autores mas estimados que han escrito sobre esta materia. Se ha dicho y se ha repetido que la *disenteria* era á veces seguida de la aparicion de hemorroides; ¿pero se ha tenido bastante en consideracion las coincidencias?

Se han indicado tambien otras causas bajo el nombre de *causas determinantes indirectas*, y se ha dicho que en estos casos las hemorroides eran *sintomáticas*. Entre otras citaré en primer lugar, *el uso de sillas de asiento horadado*, en cuyo caso seria la causa determinante de las hemorroides la compresion circular ejercida alrededor del ano. Pero al apreciar el valor de esta causa se ha olvidado que las mas veces se recurre á esta especie de asientos para evitar el dolor producido por la compresion de las hemorroides ya formadas. Por otra parte, algunos autores son de una opinion enteramente opuesta, puesto que les recomiendan precisamente para evitar esta afeccion, por consiguiente, no es menester mas para demostrar la incertidumbre que reina aun sobre este punto. No menos dudosa es la influencia del uso de *vestidos demasiado apretados:* Hildebrandt ha citado un hecho que al parecer apoya esta opinion, pero está bien lejos de bastar un hecho aislado.

Tambien se han incluido entre las causas la *carrera* muy prolongada, la *equitacion* y el *traqueteo* de los carruajes; los *golpes* violentos y las *caidas* sobre las nalgas; pero tambien se carece de pruebas. En cuanto á la equitacion, Montégre ha citado á Baldinger, Larrey y sus propias observaciones, para manifestar cuán hipotética es la existencia de esta causa. Sin embargo, este autor mira como una muy eficaz de las hemorroides, el *montar á caballo sin silla;* pero las pruebas que cita en su apoyo no tienen un valor real.

Igualmente se han incluido entre las causas el uso inmoderado de los *purgantes* y principalmente del acibar, del ruibarbo, de la jalapa, de las sales néutras, etc.; pero se han fundado menos para sos-

tener esta opinion en la observacion directa que en la induccion sacada del tratamiento adecuado para reproducir las hemorroides suprimidas y que consiste en el uso de las sustancias que se acaba de indicar; pero no se ha pensado que una cosa es obrar sobre el recto ya afectado por las varices rectales, y que era anteriormente el asiento de una fluxion hemorroidaria, y otra cosa es producir estos efectos en un recto sano. Por otra parte, ¿no se usan estos purgantes para combatir un estreñimiento pertinaz? ¿Y no basta este estreñimiento para originar la afeccion? Tambien se comprende en esta categoría el uso de los *supositorios*, de las *lavativas* irritantes y de las lavativas de agua fria.

Se ha atribuido á los *emenagogos* una accion poderosa sobre la produccion de las hemorroides, y se ha explicado esta accion por las conexiones venosas del útero y del recto. Esta explicacion parece muy satisfactoria, porque se concibe fácilmente que si un medicamento obra produciendo un aflujo de sangre hácia el útero, este aflujo debe extenderse hasta el recto. Pero en último resultado, es tan solo una explicacion, y los hechos que se han citado, entre los que es preciso distinguir uno referido por Stork (1), están lejos de poner este hecho fuera de duda.

Respecto á la aplicacion repetida de *sanguijuelas al ano* y al uso de *pediluvios calientes*, no tenemos mas que simples presunciones. Es cierto que se emplean estos medios, sobre todo el primero, para reproducir las hemorroides suprimidas; pero pudiera repetir sobre este punto las reflexiones que he hecho tocante á la accion de los purgantes.

Me limitaré á mencionar la *impresion local del calor y del frio, el orgasmo venéreo y la existencia de lombrices* en el recto, porque nos faltan pruebas que acrediten su influencia.

Otro tanto diré de las *pasiones tristes, de la cólera* y de la *nostalgia*, y añadiré que en muchos casos es indudable que estas pasiones han sido el resultado de la enfermedad incipiente y de los dolores experimentados por los enfermos, mas bien que su causa. Es verdad que se han citado hechos en que se ha presentado el flujo sanguíneo inmediatamente despues de un acceso de cólera ó de un fuerte terror; pero en estos existia ya la enfermedad. No son, pues, estas las causas de la enfermedad, sino mas bien excitantes de uno de sus síntomas, lo que es muy diferente; pero ya volveré á hablar de esto mas adelante.

Algunas enfermedades cuyo asiento se halla en partes muy distantes del recto pueden, por su accion sobre la circulacion venosa intestinal, obrar como el mismo estreñimiento, tales son: los *tumores* de los órganos abdominales, y particularmente *los del hígado*. Con todo, en algunas enfermedades de este órgano se han visto apa-

(1) Stork, *Observ. clin.*, ann. 7.

recer las hemorroides, aunque no se halle sensiblemente dificultada la circulacion; pero se explica muy bien el hecho por el estreñimiento que en semejante caso es un síntoma de la afeccion hepática.

Tambien me contentaré con indicar las *metástasis* producidas por la repercusion de los *herpes*, por la *supresion de la traspiracion*, etc., mas para probar su existencia ó á lo menos para apreciar su importancia, sería menester en vez de simples afirmaciones, tener mas bien suficiente número de observaciones exactas y bien analizadas, de que carecemos.

Quedan, en fin, las *hemorroides críticas*. El número de las enfermedades que segun los autores pueden juzgarse por las hemorroides, es muy considerable: ¿pero se ha observado bien? Basta decir, que á pesar de todo el cuidado que se ha tenido en la observacion, no se ven en el dia las inflamaciones del cerebro, del pulmon, de los riñones, etc., juzgadas por las hemorroides, y si hay algunos casos de esta especie, son excepcionales. Todos han referido sobre este punto una observacion de Foresto (1); pero basta hacer mencion de ella.

Acabo de exponer el estado de nuestros conocimientos sobre la etiología de las hemorroides, sin disimular la incertidumbre que reina en ella, y que sola la observacion puede hacer desaparecer. Entre tanto, es de advertir que de todas las causas, la mas activa y mas frecuente es un estreñimiento prolongado cualquiera que sea su orígen.

§ III.—Síntomas.

Para describir los hemorroides ¿convendrá seguir alguna de las divisiones establecidas por los autores? Antes de responder, echemos una ojeada sobre una de estas divisiones, por ejemplo, la de Montégre. En concepto de este autor se deberian distinguir en las hemorroides dos órdenes, ocho especies y gran número de variedades. Los dos órdenes son: 1.° Las *hemorroides periódicas y regulares;* 2.° las *hemorroides anormales é irregulares*. Las ocho especies son las siguientes: 1.° *H. secas;* 2.° *H. fluentes*; 3.° *H. con tumores;* 4.° *H. con dolores;* 5.° *H. con estrechez del ano;* 6.° *H. ulceradas;* 7.° *H. con procidencia del recto*, y 8.° *H. con irritacion de la vejiga*. Basta citar esta nomenclatura para manifestar cuán poca es su importancia. En efecto, en ambos órdenes solo hay una diferencia en el curso de la enfermedad, diferencia que no cambia su carácter. En cuanto á las especies están fundadas en síntomas, que en un mismo caso pueden aparecer y desaparecer varias veces. Las variedades estriban en modificaciones todavía mas fugaces.

Sin duda sería mas útil seguir en parte la division propuesta por Pinel, y posteriormente por Recamier. Estos autores admiten cuatro

(1) Forestus, *Observ. ad curat. med.*, lib. XXIX.

especies de hemorroides, que son: 1.° las *hemorroides recientes por causa general;* 2.° las *hemorroides recientes por causa local;* 3.° las *hemorroides antiguas periódicas;* 4.° las *hemorroides complicadas con úlceras del intestino ó varices*. Mas á pesar de todos nuestros esfuerzos, no hemos podido determinar de una manera positiva, cuáles son los casos en que se debe reconocer una causa general; por lo tanto, es inútil la division bajo este punto de vista. Así, pues, se ve que los autores que la han adoptado y el mismo Recamier, la abandonan en la descripcion de los síntomas en lo que era imposible seguirla, y no vuelven á hacer uso de ella sino al hablar del tratamiento, porque no hallándose entonces embarazados por la necesidad de una demostracion, han podido volver á su hipótesis.

Invasion.—La invasion de las hemorroides, es por lo comun lenta, gradual é intermitente. Antes de que hayan podido observarse los tumores que forman el principal carácter, antes de que haya flujo de sangre por el ano, se manifiestan fenómenos importantes, que la màyor parte de los autores han descrito bajo el nombre de *fluxion hemorroidal*. Esta fluxion, que en el mayor número de casos es comun á la invasion de la enfermedad, y á la invasion de los ataques que han sobrevenido en su curso, no es admitida por todos, como una parte integrante de la afeccion. Monneret y Fleury, han insistido en que se debe cesar de considerar al flujo hemorroidal, ó segun su expresion, á la congestion del recto, como perteneciente á las hemorroides. La razon que dan, es que puede bien existir esta congestion sin ser seguida de tumores hemorroidales característicos, y que no está mas ligada con esta última afeccion que la congestion cerebral lo está con la apoplegía. Por mi parte, no creo que esta razon sea muy poderosa, pues se ve demasiado bien la relacion íntima que existe entre la fluxion hemorroidal y los tumores que la siguen, y se comprende demasiado bien que estos no son sino una continuacion de aquella, para separarlos de esta manera. En la misma apoplegía, si antes de la hemorragia cerebral ha habido síntomas de simple congestion, miramos á estos síntomas como íntimamente relacionados con la hemorragia, y lo mismo sucede con otras muchas enfermedades, aunque pueden existir los fenómenos de la invasion sin ser seguidos de la afeccion confirmada á que preceden, y pueden constituir así una afeccion independiente.

Se ha exagerado mucho la importancia de los fenómenos de la invasion, porque se ha querido reunir en un solo cuadro todos los signos que se han presentado á la observacion, aunque fuesen enteramente excepcionales.

Los síntomas que anuncian por lo comun la invasion de las hemorroides son: una incomodidad á veces muy molesta hácia la parte inferior del recto, una sensacion de peso y aun á veces de cuerpos extraños en esta parte. En algunos casos hay un dolor bastante vivo. La incomodidad, el peso y el dolor se sienten, principalmente, cuando

el sugeto está en pié por espacio de algun tiempo, fenómenos que se extienden é irradian hácia las partes inmediatas; de lo que proviene la sensacion de peso en toda la pélvis, los dolores en el sacro, lomos, perineo y partes genitales.

Al mismo tiempo se manifiesta una sensacion de calor hácia la parte inferior del recto, y el contorno del ano está duro y resistente, lo que es debido á su hinchazon, aunque no haya todavía un tumor hemorroidal bien distinto.

De este estado del recto resultan algunos trastornos funcionales que merecen mencionarse. Muchas veces hay frecuentes ganas ó no de obrar, y los esfuerzos infructuosos que hacen los enfermos para satisfacerlas, tienden todavía á aumentar la intensidad del mal. Siendo la afeccion casi siempre precedida de un estreñimiento mas ó menos pertinaz, tiene otro inconveniente la excrecion de las materias fecales: el paso de estas materias duras y llenas de asperezas, produce la contusion y aun la rasgadura de las partes congestionadas, y de allí resulta el flujo abundante de sangre que á veces acompaña á la defecacion.

Mientras que estos fenómenos locales se manifiestan, se observa que el pulso está duro, mas ó menos frecuente, que hay inquietud, insomnio causado por la sensacion de estorbo y de dolor en el recto; que el carácter del enfermo se hace áspero, que el apetito es menos bueno y que son mas penosas las digestiones.

Tales son los signos que en el mayor número de casos anuncian el principio de un trabajo patológico, cuyo resultado debe ser la formacion de las hemorroides. Aunque yo he eliminado muchos síntomas dudosos, debo añadir que esta descripcion no está fundada mas que en apreciaciones generales, necesariamente vagas, quedando por hacer sobre este asunto un trabajo que tenga suficiente exactitud.

En algunas ocasiones esta congestion hemorroidal de la invasion va precedida de algunos síntomas generales, tales como un malestar indefinible, horripilaciones y laxitudes sin causa apreciable, tristeza, calor, pesadez de cabeza, aturdimiento y una alteracion mas ó menos marcada de las facciones, trastornos digestivos, flatuosidades intestinales, etc. Pero estos fenómenos están lejos de presentarse en todos los casos de una manera tan notable, y muchos autores han hecho mal en generalizarlos.

Ya he dicho anteriormente que no era contínua la invasion; en efecto, no es raro ver que se disipa esta congestion, para reproducirse en seguida muchas veces con diversos intervalos, antes de que se hayan manifestado los tumores hemorroidales característicos. Al cabo de dos, tres ó cuatro dias, y algunas veces mas, se desvanece la congestion, ya despues de un flujo de sangre semejante al que describiremos mas adelante, ó ya sin ningun flujo.

Síntomas.—Cuando la enfermedad se halla confirmada, y se han formado los tumores hemorroidales, se observa una série de síntomas

tan pronto contínuos como intermitentes. En estos últimos casos la enfermedad sobreviene por *ataques* mas ó menos aproximados. Voy ahora á describir los síntomas, haciendo abstraccion de estos ataques y reservándome hablar extensamente de ellos al tratar del curso de la enfermedad.

El *peso hácia el recto*, indicado mas arriba, es tanto mas considerable en igualdad de circunstancias, cuanto mas voluminosos y mas llenos de sangre son los tumores. Lo mismo sucede con la sensacion de un cuerpo extraño en este órgano. El *dolor* es con frecuencia muy vivo, á veces lancinante, y se irradia mas ó menos lejos, sobre todo, hácia el perineo y los lomos, y á veces obliga á los enfermos á tomar posturas extravagantes, como á estar de rodillas y apoyarse sobre los codos, cambiar frecuentemente de actitud. La presion sobre las márgenes del ano produce dolor, sobre todo, cuando sobresalen los tumores al exterior, esto es, que las hemorroides son externas, para servirnos de la expresion admitida. Así es, que los enfermos tienen mucha dificultad en sentarse, haciéndolo de medio lado ó en asientos horadados. Sin embargo, algunas veces comprimen el ano con la mano, con el objeto de aliviarse; pero no es posible esta compresion sino en los casos en que las hemorroides son internas ó poco hinchadas. Tambien es muy dolorosa la defecacion, y el dolor que causa el paso de las materias endurecidas se continúa mas ó menos tiempo despues, segun que ha habido ó no rasgaduras. El estorbo, el dolor y la presencia de los tumores, hace el andar penoso y difícil, y esto aumenta á su vez los accidentes.

La *sensacion de calor* que se percibe en la parte inferior del recto, es muy viva, y puede llegar á parecerse á la de una quemadura; pero tambien sienten los enfermos *latidos* en la parte enferma, semejantes á los del flemon.

Si los tumores son voluminosos y están tirantes y llenos de sangre, la *emision de la orina* puede ser difícil y dolorosa, sobre todo, hácia el fin, en que el perineo se contrae violentamente.

Aquí hallamos los *fenómenos generales* señalados en la descripcion de la congestion rectal, lo que nada tiene de sorprendente, porque en el momento en que aparecen los tumores ó adquieren incremento si existian ya, es porque se verifica una congestion parecida.

Pero estos fenómenos no tienen por lo general la misma intensidad, porque el flujo de sangre que termina la escena, es por lo regular mas fácil que en los casos en que se termina la congestion de la misma manera. Algunas veces, por el contrario, bien porque la congestion sanguínea sea muy violenta, bien porque por una causa cualquiera se encuentre impedido el flujo hemorroidal, estos síntomas generales son violentos y están en relacion con la intensidad de los locales, tales son: ansiedad considerable, agitacion, insomnio, un calor mas ó menos intenso, retraccion y desigualdad del pulso

(Recamier), á las que vienen á agregarse flatuosidades, la dificultad en las digestiones, y algunas veces el entorpecimiento de las extremidades inferiores (Hoffmann).

Tumores hemorroidales.—Cuando los signos de la invasion anteriormente indicados, han existido por espacio de mucho tiempo ó se han reproducido diferentes veces, se observa la aparicion de tumores particulares, que tan pronto se manifiestan á lo exterior como quedan en el interior del recto. Sin ocuparnos en este momento de la naturaleza de estos tumores, vamos á dar una descripcion detallada de ellos.

Su *número* es variable; rara vez existe uno solo; las mas veces se encuentran dos ó tres, y algunas bastantes para ocasionar una especie de obstruccion de la parte inferior del recto. Son redondeados, y forman por su reunion una masa abollada; pero algunas veces son prolongados y como pediculados. Se han observado algunos que tenian el grosor de un huevo de gallina, y P. Frank (1) dice que los habrá visto del tamaño de un huevo de ganso. Estos casos son excepcionales, y por lo general los tumores tienen un volúmen mucho menor. Muchas veces forman reuniéndose al interior ó al exterior un *rodete irregular* que rodea el recto. Su *color*, cuando están hinchados por la sangre, es amoratado ó negruzco, y la mucosa en los puntos que les cubre parece trasparente como una película.

Cuando estos tumores se han desarrollado primitivamente en la márgen del ano, están en parte cubiertos por la mucosa y en parte por la piel, lo que es fácil de distinguir. Por el contrario, cuando nacen en el interior mismo del recto, y no se han presentado al exterior sino consecutivamente, son por todas partes violáceos, y se conoce la mucosa que los cubre en su aspecto liso y en su trasparencia. En fin, cuando son internos los tumores y no salen fuera, se los percibe introduciendo el dedo en el recto, porque no están situados en un punto distante de su orificio.

Flujo hemorroidal.—Cuando están muy distendidos los tumores, y aun antes, si la congestion sanguínea es suficiente, si la inflamacion es poco violenta ó si una causa cualquiera ha producido su rotura, se ve sobrevenir un flujo de sangre que varía en su cantidad. Aunque por lo comun es de mediana abundancia, la pérdida de sangre puede ser á veces bastante considerable para hacer temer por la vida del enfermo. La cantidad de sangre perdida por las hemorroides, ha sido algunas veces considerable; sin embargo, los hechos citados por Panarola, Hoffmann, Pezold y Montégre, en que el flujo ha sido de muchas libras por el espacio de un dia y aun de varios, es preciso sospechar en estas relaciones algun error ó exageracion.

La cantidad de sangre que sale puede ser muy grande en poco

(1) P. Frank, *Traité de médecine pratique*, traduit par Goudareau. París, 1842 t. I, p. 540.

tiempo, como se ha observado en los casos referidos por Hoffmann, Pezold y Montégre, en los que se dice que la cantidad de sangre expelida fué bastante considerable para llenar dos orinales, ó bien que habia llegado á veinte y aun á sesenta libras. Cito estos hechos, porque en todos ellos, lejos de ser muy fatales las consecuencias de estos flujos, han sido segun los autores, sumamente favorables. ¿Pero se deberán admitir semejantes relaciones sin ninguna restriccion? Montégre mismo, manifiesta algunas dudas acerca de la exactitud de la observacion. En cuanto á los casos en que ha sido bastante considerable la pérdida de sangre para comprometer la existencia, es fácil conocer que ha debido ser enorme.

La sangre fluye ordinariamente rastreando; pero cuando van á obrar los enfermos, puede salir por un chorro á veces bastante fuerte, lo cual depende de los esfuerzos de la defecacion, y de la presion ejercida sobre el recto por las materias fecales endurecidas. Este líquido es ordinariamente negruzco; sin embargo, cuando el chorro es muy grueso, y sobre todo, cuando el flujo ha sido ya muy abundante, la sangre puede ser roja ó pálida segun dure mas ó menos la hemorragia.

Se ha disertado mucho acerca de la existencia de un *flujo hemorroidal pasivo* y de un *flujo hemorroidal activo;* pero nada se ha dicho acerca de esto que pueda satisfacer. Cuando hay signos de debilidad general, y los síntomas de la congestion son poco notables ó no son manifiestos, se dice generalmente que el flujo es pasivo; pero en la actualidad, que las investigaciones de la anatomía patológica han manifestado que la causa principal del flujo era la acumulacion de la sangre en las vesículas dilatadas, son insuficientes estas explicaciones. En resúmen, no se tiene ninguna prueba de la existencia de dos flujos particulares.

¿Pero se produce este flujo sanguíneo por exhalacion ó por rotura de los vasos? No puede dudarse que en muchos casos hay rotura de los tumores; pues las cicatrices que se han encontrado en las disecciones, no dejan tocante á este punto la menor incertidumbre, y de esta manera se explican esos chorros de sangre que se lanzan algunas veces á grandes distancias. Pero ¿sucede siempre así? No lo podemos afirmar, aun prescindiendo de aquellos casos, en que ha sobrevenido el flujo despues de una simple fluxion, y no admitiendo, con algunos autores, como verdaderas hemorroides sino las que se hallan caracterizadas por la presencia de tumores.

En algunos casos, el desarrollo de los tumores, en lugar de terminarse por un flujo sanguíneo, completa todos sus períodos y se termina por una especie de resolucion, sin que fluya una gota de sangre; entonces se dice que las hemorroides son *secas*, para distinguirlas de las precedentes, que se han llamado *fluentes;* pero esta distincion no es de la mayor importancia, porque se ve en el mismo sugeto, que las hemorroides son secas ó fluentes en diferentes ata-

ques. Sin embargo, bajo el aspecto del diagnóstico y del tratamiento, no se debe olvidar esta particularidad.

En los ataques comunes de hemorroides, sucede todo como acabo de indicar, despues el dolor disminuye y cesa; lo mismo ocurre con la pesadez hácia el recto y la sensacion de un cuerpo extraño; los tumores se reblandecen, pierden despues su volúmen y se arrugan. Estos presentan entonces el aspecto de prominencias aisladas, blandas, de color pálido, indolentes, que se las pueden hacer mover con facilidad. Cuando son internas se percibe con el dedo que se han deshinchado y disminuido de volúmen. Al mismo tiempo que se efectúan estos cambios en los tumores, disminuyen los síntomas generales: cesa el malestar y la agitacion; el pulso vuelve á su estado natural, y se restablecen las funciones digestivas, y aun es frecuente ver á los sugetos mas sanos y mas ágiles despues de estos ataques.

Pero en algunos casos sobrevienen accidentes que merecen se haga de ellos una mencion especial. Está lejos de hallarse demostrado que haya siempre cierto grado de *inflamacion* en los tumores hemorroidales durante el ataque. En efecto, la simple replecion sanguínea de la parte inferior del recto, basta para explicar todos los fenómenos descritos mas arriba; pero en algunos casos, esta inflamacion es evidente, y á veces muy violenta. Entonces el dolor es mucho mas vivo é insoportable en algunos sugetos; las partes hinchadas están rojas, calientes, y los órganos inmediatos como la vejiga y los órganos genitales, participan de un modo notable del estado de padecimiento del recto, de donde provienen los pujos vesicales, la estranguria, los dolores en el perineo, la vagina, etc. Algunas veces se ha visto que esta inflamacion termina por abscesos en el interior de los tumores, ó en el tejido celular inmediato.

En estos últimos tiempos se ha señalado un accidente particular de las hemorroides que acompaña al precedente, cual es la *flebitis*. Es raro, como hace notar Cruveilhier, que esta flebitis se haga purulenta. Cuando así sucede, se ven sobrevenir los graves síntomas que he descrito en el artículo *flebitis*. En los casos en que la flebitis no es mas que local y simplemente adhesiva, no se observan otros fenómenos que los de la inflamacion poco hace indicados.

Cuando hace mucho tiempo que existen los tumores hemorroidales, forman un rodete alrededor del recto. Si han sido primitivamente internos los esfuerzos de la defecacion, tienden de cada vez á empujarlos hácia fuera, hasta que al fin se presentan en el ano. Esta especie de expulsion no puede verificarse sin que sea atraido el intestino mas ó menos abajo, á pesar de que los tumores hemorroidales se prolongan entonces como si tuvieran un pedículo. Pero en muchos casos, resulta una *procidencia del recto* cuando los enfermos van á obrar, lo que exige por su parte algunas maniobras para volver á introducir el intestino y los tumores. Pero si la fluxion hemorroidal es de cierta intensidad, puede resultar que despues de la de-

fecacion queden los tumores demasiado hinchados para poder ser introducidos en el recto. Los enfermos hacen en vano esfuerzos para conseguirlo, y si trascurre cierto tiempo, aumentándose la hinchazon por la constriccion del ano que en semejante caso sobreviene, se opone enérgicamente á la introduccion de las hemorroides; de lo cual resultan fenómenos graves. Entonces se ve fuera del ano un rodete amoratado ó negruzco, extremadamente doloroso al tacto, siendo igualmente el asiento de dolores espontáneos vivos, y separado en muchas porciones por algunos surcos estrechos y profundos. La ansiedad es viva, los enfermos se ven obligados á echarse de lado ó sobre el vientre, en una palabra, se desarrollan con notable intensidad los síntomas generales indicados mas arriba.

Si por medio de las maniobras que expondré mas adelante, no se puede llegar á vencer la resistencia del ano y á introducir los tumores, les invade por lo comun *la gangrena*, porque es raro que los medios ordinarios basten para producir la deshinchazon de estos tumores así extrangulados. Esta gangrena es por lo regular poco profunda; no interesa mas que á las partes mas salientes de los tumores, que se reblandecen, se ponen agrisados, parduscos ó de color verde oscuro, se desprenden y permiten que entre el resto del rodete. Sin embargo, algunas veces, como de ello citan los autores ciertos ejemplos, la gangrena invade todo el tumor, se extiende al recto, y en este caso ocasiona accidentes mortales.

Entre los demás fenómenos que pueden tener lugar en las hemorroides, es preciso mencionar las *grietas* y las *úlceras*. Estas lesiones hacen muy dolorosos los tumores, aumentan la dificultad de la defecacion, y producen una exudacion purulenta que puede continuarse cuando los tumores estén en parte deshinchados.

Cuando no hay ninguna grieta ni úlcera, ¿puede haber un flujo purulento ó mucoso-purulento del ano en los hemorroidarios? La existencia de este flujo, al que se ha dado el nombre de *hemorroides blancas* ó *de leucorrea anal*, no parece dudosa si nos atenemos á lo que dicen los autores; no obstante sería de desear que fuese este hecho observado con mas cuidado. Por lo demás, cualquiera que sea la causa, es cierto que se ve en sugetos que padecen desde mucho tiempo de hemorroides, que se presentan estos flujos blancos por lo comun antes y despues de los ataques, y aun reemplazan algunas veces el flujo sanguíneo.

El *estreñimiento* que hemos visto, es la causa mas frecuente de las hemorroides, se aumenta ordinariamente por estas; lo que se concibe muy bien, puesto que por una parte la defecacion es dolorosa, y por otra, obstruyen mas ó menos el intestino tumores voluminosos.

En fin, cuando los flujos de sangre son abundantes y frecuentemente repetidos, se ven aparecer los signos de la *anemia*, con los trastornos nerviosos y funcionales que la caracterizan, y que no se

diferencian de los que se han descrito al tratar de la anemia que sobreviene lentamente á consecuencia de las hemorragias (1).

Formas particulares.—Muy pocas palabras tengo que decir acerca de las formas de las hemorroides. En efecto, ya hemos visto, por lo que hemos dicho de las divisiones que se han propuesto, que esta no es una cuestion tan importante como han creido muchos autores. Las principales son las que hemos indicado ya por algunos de sus síntomas: tales son las hemorroides *fluentes y secas*, las hemorroides *blancas* y las *internas* y *externas*. Hay, repito, tantas variaciones en el mismo indivíduo, que casi nunca es posible incluir exclusivamente los diversos casos bajo una de estas denominaciones. Dentro de poco diré cuando trate del curso de la enfermedad, algunas palabras acerca de las hemorroides *regulares* é *irregulares*.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de las hemorroides, es por decirlo así intermitente. Sin embargo, si como se ha supuesto, se hace una distincion entre el flujo hemorroidal y los tumores, se debe hacer una excepcion en favor de estos. Cuando son antiguos, voluminosos y, sobre todo, están ulcerados, dán lugar á algunos síntomas, tales como sensacion de peso en el ano, dificultad de defecar, flujo blanco, etc.; pero entonces sobrevienen con diversos intervalos, una série de accidentes que constituyen los *ataques*. Estos ataques están formados por la reunion de los síntomas anteriormente descritos, y de los cuales los principales son la fluxion hemorroidal, el desarrollo de los tumores y el flujo sanguíneo. Antes y despues de su invasion, se hallan los enfermos en un estado de salud soportable, ya que no sea perfecta, y despues de ellos se calman los síntomas locales ó se disipan completamente. En algunos sugetos tienen estos ataques una periodicidad notable é imitan así los períodos menstruales. Ya hemos visto mas arriba que estas hemorroides *periódicas y regulares* podian reemplazar á los menstruos; pero examinando los hechos, no se tarda en comprender que ha habido mucha exageracion en lo que se ha dicho tocante á este punto. Por el contrario, las mas veces son los ataques *irregulares*, y se concibe que el régimen higiénico que guarden los enfermos puede hacer variar considerablemente la época de su aparicion.

Es preciso distinguir la *duracion* de estos ataques de la *duracion* de las hemorroides. En efecto, se ve que en cierto número de casos, se curan estas despues de uno ó muchos ataques, y no es posible, bajo este punto de vista, determinar con alguna precision la duracion de la afeccion. Por el contrario, muchas veces persisten toda la

(1) Véase art. ANÉMIA, t. I, ÉPISTAXIS, t. II.

vida, siendo ya muy violentos, ya mas ligeros. En estos casos es cuando el dolor y la pérdida abundante de sangre inspiran las mas veces inquietudes á los enfermos, hacen penosas sus funciones y producen la hipocondría. La duracion de los ataques varía de cuatro ó cinco dias á una ó mas semanas.

Muy poco tenemos tambien que decir respecto á la *terminacion*. Ya hemos visto anteriormente que es muy raro que el flujo hemorroidal sea bastante abundante para comprometer la vida del enfermo. En algunas ocasiones, aunque muy rara vez, la muerte es ocasionada por la gangrena ó por la flebitis supurativa. Por lo regular se obtiene la curacion cuando las hemorroides son debidas á una causa que desaparece por sí misma ó que se puede fácilmente destruir, como la preñez ó un estreñimiento algo tenaz.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Ya he dicho al principio que las investigaciones modernas eran las que principalmente habian ilustrado la anatomía patológica de las hemorroides. Sin embargo, no por eso se ha de creer que este punto haya sido descuidado antes de estos últimos tiempos, porque muchos autores, entre los que se debia contar especialmente á Sthal, Alberti, Morgagni y Lassus, han fijado su atencion sobre esta materia, y deducido que las hemorroides son verdaderas varices de las venas hemorroidales. Sin entrar sobre este punto en una discusion que nos llevaría mas allá de los límites que nos hemos propuesto, diremos que en la actualidad, á consecuencia de las disecciones de Blandin y de Jobert, de Lamballe, se ha adoptado generalmente esta opinion, aunque con algunas restricciones hechas por algunos autores, las que expondré sucintamente.

No volveré á hablar acerca de lo que he dicho del número y volúmen de los tumores en la descripcion de los síntomas. En el interior del recto se los encuentra formando un rodete, á veces pediculados, y sembrados de dilataciones venosas aparentes. Exteriormente tienen el aspecto arriba indicado. Segun la observacion del doctor Brodie (1), es necesario hacer una inyeccion en las venas para que se manifiesten sus dilataciones, y por consiguiente, la tumefaccion; pero ordinariamente es fácil reconocer los tumores despues de la muerte. Algunas veces están formadas de venas dilatadas en todos los puntos de su circunferencia, y semejantes á las varices de los miembros inferiores, se presentan en otros casos bajo la forma de ampollas, ó de celdillas que comunican con las venas, ó mas bien como ha reconocido Jobert, no son otra cosa que puntos dilatados de estas venas, puesto que en todos los casos este autor ha podido dis-

(1) B. Brodie, *Lect. on hæmorrh.* (*London med. Gazette*, 1835.)

tinguir las paredes del vaso. Pero como á consecuencia de la inflamacion que puede haber en el tumor sobreviene frecuentemente una flebitis adhesiva, de aquí resulta, que esta disposicion es á veces difícil de percibir, porque se halla el vaso obliterado antes de llegar al tumor. Además de esto, la hipertrofia y el endurecimiento de las paredes venosas y de la mucosa, la adherencia de esta, la infiltracion del tejido sub-mucoso, su induracion, la extravasacion de la sangre en el tejido celular circundante, su coleccion en un foco enquistado, son otras tantas lesiones que hacen difícil la diseccion. Por lo demás, es fácil comprender cuál es el orígen de estas lesiones. En su interior se encuentran, sobre todo, cuando han sucumbido los enfermos durante un ataque ó poco tiempo despues, pequeñas cavidades llenas de sangre negra ó líquida, ya de coágulos mas ó menos consistentes y mas ó menos descoloridos.

Sucede con bastante frecuencia que se ven serpentear muchos vasos venosos en los tumores hemorroidales; esto es, segun advierte Bérard (1), lo que ha hecho creer á algunos autores y en particular á Laennec y á Beclard, que pueden estar formadas las hemorroides por un tejido verdaderamente erectil. La semejanza es todavía mayor, como ha notado tambien el autor que acabo de citar, cuando existe al mismo tiempo una extravasacion sanguínea en el tejido celular. Algunas veces en los casos de hemorroides antiguas, es tan considerable el entrelazamiento de las venas dilatadas, que envuelve completamente la parte inferior del recto.

De estos hechos concluyó Berard que es preciso admitir tres formas de hemorroides: la primera es la forma *varicosa;* la segunda es la *erectil*, lo cual no quiere decir que los tumores estén formados de un tejido enteramente semejante al que se ha designado con este nombre; en fin, en la tercera forma los tumores son duros, no contienen sangre, y se designan con el nombre de *mariscos*. Este último estado de los tumores se debe atribuir á la inflamacion adhesiva de que hemos hablado mas arriba, la que por no haber sido convenientemente estudiada, ha dado con frecuencia lugar á errores del diagnóstico.

Si añadimos que en las hemorroides antiguas se puede encontrar un engrosamiento de la mucosa rectal, que se prolonga mas allá de los límites de los tumores, vestigios de grietas, de úlceras ó de abscesos, y cicatrices que resultan de la rotura de los sacos varicosos, se tendrá todo lo que importa saber acerca del estado del recto en las hemorroides.

Los demás órganos nada ofrecen las mas de las veces de particular, á no ser las lesiones propias de la enfermedad que ha causado la muerte, y que por lo comun ninguna relacion tienen con las he-

(1) P. Bérard, *Dictionnaire de médecine*, en 30 vol., art. HEMORRHOIDES, t. XV, p. 180.

morroides. Las afecciones orgánicas del hígado, los tumores abdominales que dificultan la circulacion venosa y que se hallan algunas veces, tienen una relacion directa con la enfermedad. En fin, si ha sido el estreñimiento muy pertinaz, puede haber habido una dilatacion del recto por encima del punto ocupado por las hemorroides.

Bien se vé que no he hablado de las degeneraciones cancerosas, escirrosas, que se ha creido que se podian producir algunas veces en las hemorroides. Ciertamente no negaré, que el cáncer no pueda afectar la parte del recto ocupado por los tumores; pero de ningun modo está demostrado que la existencia de estos tenga una verdadera influencia en la produccion del cáncer; y por consiguiente, la cuestion pierde para nosotros la mayor parte de su interés.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* de las hemorroides no presenta en los mas de los casos una dificultad grave. Para establecerle con precision, es necesario tener en consideracion como se ha hecho generalmente y á pesar de las objeciones de que he hablado mas arriba, el flujo hemorroidal igualmente que los tumores.

Este flujo pudiera confundirse con una *hemorragia de una porcion mas alta del intestino*, y si todavía no hay mas que una simple congestion rectal, sin dilatacion venosa bien aparente y sin tumor apreciable, este diagnóstico merece cierta atencion. La tension de la parte inferior, la tumefaccion del ano, las circunstancias en que se produce la hemorragia, es decir, despues de un estreñimiento mas ó menos largo; la falta de todo tumor en el abdómen y de los signos del cáncer, de afeccion tifoidea, de escorbuto, etc., podrán servir al médico de guia. Si existen los tumores característicos, entonces no hay ninguna dificultad, y no se puede confundir las hemorroides con la *enterorragia* de que hemos tratado ya. En cuanto al color negro de la sangre expelida en esta última afeccion, no es como ha hecho observar Raige Delorme, un signo suficiente para poder decidir la cuestion.

«Cuando la sangre procede de una *úlcera del recto*, es, dice Recamier, mas ó menos saniosa y está mezclada con pus, y el dedo introducido en el ano sale cubierto de sanies fétida.» Por mi parte, debo añadir que se puede reconocer así por el tacto la superficie por lo comun desigual de la úlcera cancerosa.

Cuando existen tumores, son voluminosos y se hallan hinchados, no se puede tener la menor duda. Sin embargo, si estos tumores son invadidos por una inflamacion bastante viva, se puede dudar si no hay mas que *una inflamacion del tejido celular de la márgen del ano*. Pero esta no ocupa todo el contorno del intestino, y se manifiesta por un punto doloroso é indurado entre el recto y la tuberosidad del

ísquion; la congestion característica no ha existido, y en fin, para hacer mas fácil la distincion, basta decir que esta inflamacion no ataca mas que á los tumores que llevan mucho tiempo de existencia, y despues de muchos ataques de hemorroides.

¿Se pueden confundir los *pólipos del recto* con los tumores hemorroidales? Así lo han pensado algunos autores, y hé aquí los signos distintos que han dado como apropiados para evitar los errores. Los pólipos son mas consistentes, se presentan en corto número y no ofrecen estas alternativas de hinchazon y de arrugamiento que caracterizan á los tumores hemorroidales.

Cuando se hallan los tumores endurecidos y deshinchados, y sobre todo, cuando dan un flujo blanco por una de las causas anteriormente indicadas, se los pudiera tomar por *vegetaciones sifilíticas*. Pero tambien en este caso, el modo con que han aparecido estas vegetaciones, la falta de hemorragias precedentes, y en fin, ciertas particularidades de formas como la de cresta, coliflor, puerro, etc., no nos dejan permanecer largo tiempo en la incertidumbre.

En fin, no es difícil distinguir los tumores hemorroidales internos que forman un rodete del *cáncer del recto*. Además de la falta de los fenómenos de los ataques hemorroidales, la dureza del escirro y la ninguna separacion de los tumores, la profundidad á que penetra la enfermedad y que se puede apreciar fácilmente, y las úlceras, cuando se halla la afeccion avanzada, hacen reconocer fácilmente el cáncer.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° *Signos distintivos del flujo hemorroidal sin tumores apreciables y de la enterorragia propiamente dicha.*

FLUJO HEMORROIDAL.	ENTERORRAGIA.
Tension de la parte inferior del recto.	*No hay tension* de la parte inferior del recto.
Tumefaccion del ano.	*No hay tumefaccion* del ano.
Estreñimiento anterior.	Muchas veces no ha *precedido* el *estreñimiento*.
No hay tumor en el abdómen.	Hay *tumor* en el abdómen en los casos de cáncer.
No hay signos de cáncer ó de afeccion tifoidea, de escorbuto, etc.	*Signos* de cáncer, de afeccion tifoidea, de escorbuto, etc.

2.° *Signos distintivos de las hemorroides y de los tumores cancerosos del recto.*

HEMORROIDES.	TUMORES CANCEROSOS.
Son precedidas de la congestion hemorroidal.	*No están precedidos* de la congestion hemorroidal.
Vuelven *varias veces* por ataques.	Se desarrollan *gradualmente.*
Son *menos duras* y están separadas por *surcos.*	Son *duros*, abollados y *sin surcos* tan marcados.
No hay *sanies* cancerosa.	Hay *sanies cancerosa* en los casos de ulceracion.

3.° *Signos distintivos de las hemorroides y de las excrecencias del ano.*

HEMORROIDES.	EXCRECENCIAS.
Son *redondeadas* y *amoratadas*, y estan separadas por *surcos.*	Tienen *diversas formas*: como puerros, coliflores; de color *blanco sucio* ó *rosado.*
Vuelven por *ataques* con *congestion* hemorroidal.	Se desarrollan *gradualmente sin congestion.*

Pronóstico.—Casi siempre es poco grave el pronóstico de las hemorroides bajo el punto de vista de que esta afeccion casi nunca amenaza á la vida. Pero cuando son muy antiguas pueden presentar una série de accidentes incómodos cuya descripcion he dado mas arriba. Antes de que se hayan hecho tan *constitucionales*, para servirme de la expresion admitida, se pueden curar; por consiguiente, el pronóstico es tanto menos grave cuanto mas reciente es la enfermedad. Sin embargo, es preciso guardarse de mirar este pronóstico como exacto, ni aun de anunciar una curacion probable, por sola la razon de que las hemorroides son recientes; pues es necesario tomar tambien en consideracion las causas que han producido la enfermedad, informarse de si se puede atribuir á un estreñimiento accidental, que es el caso mas favorable, pero tambien el mas raro, y ser en todas las circunstancias muy circunspecto sobre el pronóstico; porque, ¿cuántas veces no se ve que persiste esta enfermedad á pesar de todos los medios que se han usado?

No es menester decir que la demasiada abundancia de la hemorragia es una circunstancia desfavorable; sin embargo, antes de asegurar nada es necesario considerar sus efectos, porque si esta abundancia no es excesiva, puede producir buenos resultados aun cuando sea considerable el flujo.

No tiene tantos peligros como se pudiera creer á primera vista la gangrena del rodete hemorroidal salido y comprimido por el ano. En efecto, hemos visto anteriormente que es solo parcial, y aun al-

gunas veces sucede que despues de la caida de las partes gangrenadas, se suspende el flujo hemorroidal, y todos los demás síntomas locales desaparecen ó disminuyen notablemente, pero solo por espacio de cierto tiempo. Yo he visto en un caso durar mas de un año esta curacion aparente; mas al cabo de este tiempo se reprodujeron y se complicaron los tumores hemorroidales como antes, con la procidencia del recto. Cuando la gangrena invade el recto, el caso es muy grave, puesto que hemos visto que era una de las causas de la terminacion fatal.

La flebitis adhesiva es una complicacion mas bien favorable que perjudicial, porque si bien produce dolores mas ó menos vivos, es seguida de marchitamiento mas ó menos duradero de los tumores hemorroidales. No sucede lo mismo con la flebitis supurativa, que ocásiona accidentes mortales, pero que por fortuna es muy rara.

Para terminar lo que se refiere al pronóstico, diré alguna cosa de la *supresion de las hemorroides*, aunque no sea cuestion que la corresponda sino indirectamente. Se ha considerado á esta supresion como muy grave en muchos casos, y sobre todo cuando se ha hecho constitucional el flujo hemorroidal. Seria necesario enumerar casi todas las enfermedades para dar á conocer aquellas á que se ha atribuido la aparicion ó la supresion de este flujo. Sin duda se encuentran en los autores cierto número de casos en que habiéndose seguido la produccion de una enfermedad del cerebro, de los pulmones, etc., casi inmediatamente despues de la supresion de las hemorroides, se ha podido sospechar que esta era la causa del mal, y lo que lo prueba todavía más es que se ha visto algunas veces desaparecer esta enfermedad en cuanto se ha reproducido el flujo suprimido. Pero estos casos son mucho mas raros que lo que se piensa, y todos convienen en que se ha exagerado extraordinariamente la influencia de esta causa. Por consiguiente, es preciso no apresurarse á hacer un pronóstico desfavorable cuando se ven suprimirse las hemorroides, pero no se debe dejar de vigilar las consecuencias.

En el dia, nadie querrá adoptar la opinion de los médicos que con Alberti (1) consideran las hemorroides como una causa real de longevidad. Por lo demás, las consideraciones en que he entrado en el artículo *epistaxis* (t. II.), se aplican bajo este punto de vista á las hemorroides.

§ VII.—Tratamiento.

1.° *Tratamiento curativo de la afeccion.—Hemorroides recientes.*—Esta especie de hemorroides es, como hemos dicho anteriormente, la mas fácil de combatir. Con este objeto se han usado las *emisiones sanguíneas* por los médicos que tenian la intencion de ha-

(1) Alberti, *Dissert. de hæmorrh. longæv. causa.*

cer cesar la congestion. Sin embargo, rara vez se ha practicado la *sangría general*, aunque algunos prácticos la consideran como un poderoso medio de derivacion. Pero se usan mucho mas las *sanguijuelas* aplicadas en gran número alrededor del ano. El alivio que resulta las mas veces de su aplicacion, y la destumefaccion de la parte inferior del recto, prueban que este medio no deja de ser eficaz. Generalmente se aplican las sanguijuelas en número de veinte, veinticinco ó treinta, que se repiten cuantas veces parezca exigirlo el caso. No tengo necesidad de añadir que no se ha averiguado rigurosamente cuál es el grado de accion de este medio.

Aceite de linaza.—Van Ryn (1), durante una práctica próximamente de un cuarto de siglo, asegura que obtuvo constantemente buenos resultados del uso interno del aceite reciente de linaza administrado á la dósis de dos onzas por mañana y tarde, ya en las hemorroides fluyentes ó secas.

Conviene evitar el uso de bebidas alcohólicas y de una alimentacion estimulante: la duracion del tratamiento, una semana á lo mas.

Purgantes.—En seguida se prescriben los purgantes para hacer cesar el estreñimiento que precede casi siempre á la aparicion de las hemorroides. Es inútil indicar aquí detalladamente los purgantes que se usan, y basta decir que generalmente se emplean los mas suaves. Pero hay dos sustancias purgantes á las que se ha dado una virtud casi específica, que son los calomelanos y el tartrato de potasa.

Los *calomelanos* se usan principalmente en América é Inglaterra, y Montegre cita un caso de curacion por esta sustancia, de hemorroides con flujo enorme y tan dolorosas que hacian desmayarse al enfermo en las calles, aunque no tenia mas de diez y siete á diez y ocho años de edad.

Por lo tanto no está probado que los calomelanos obren de otro modo que como purgante, y por lo regular se administran de la manera siguiente:

R. Calomelanos preparados al vapor.. de 15 á 20 centíg.	Azúcar en polvo.......... 1 gram.

Se toman dos veces al dia.

Se repite esta dósis todos los dias, suspendiéndola si se nota que se ponen dolorosas las encías.

¿Obra de otro modo el *tartrato de potasa?* Por lo menos esto es tan dudoso como hemos dicho era el de los calomelanos. Entre los

(1) Van Ryn, *Hémorrhoïdes guéries par l'emploi de l'huile de lin* (*Annales de médecine de Roulers* 3e livraison, 1850, et *Bulletin général de thérapeutique*, 15 Junio 1850, tomo XXXVIII, p. 518).

autores que han recomendado este medicamento, ninguno ha insistido mas en él que Hildebrant (1), quien le prescribia del modo que sigue:

R. Tartrato de potasa.... 4 gram. | Agua de melisa.......... 90 gram.
Extracto de genciana.. 1,25 gram. |

Se toma por la mañana en ayunas, y por la noche antes de acostarse.

Si los tumores son muy grandes y muy dolorosos, se deberá prescribir esta dósis tres y aun cuatro veces al dia.

Si los enfermos están predispuestos á la diarrea, se reducirá la dósis de la sal á 1,25 gramos (1 escrúpulo).

Hildebrandt dice que ignora el modo de obrar de este remedio, pero repito que todo induce á creer que obra como laxante. Por otra parte, es preciso añadir que éste usaba al mismo tiempo el *agua fria*, de lo cual voy á hablar.

Bebidas, *lociones*, *semicupios y lavativas de agua fria*.—Se han usado todos estos medios, algunos aconsejados por los médicos y otros por los enfermos; pero los que principalmente han empleado estos últimos han sido las lociones y los baños de asiento frios con el objeto de combatir un flujo de sangre incómodo. Pero todos los médicos están conformes en mirar estos medios como muy peligrosos. El agua fria en bebida no produce probablemente otro efecto que facilitar la defecacion cuando se toma en gran cantidad. Las *lavativas*, *las inyecciones y los chorros ascendentes de agua fria* han sido principalmente recomendados por Montegre, quien dice que hubiera podido citar numerosos ejemplos de curacion obtenida por este medio, lo cual es sensible que no lo haya hecho. Pero no es preciso que el agua esté muy fria; pues Montegre asegura haber visto algunos sugetos muy irritables en los que los primeros chorros de agua muy fria producian mayor tumefaccion del intestino. Cuando se conoce el curso de la enfermedad y la dificultad que al principio de la fluxion hemorroidal en impedir que llegue á cierto grado, se duda si el autor no fué engañado por simples apariencias.

Astringentes.—Los astringentes obran de la misma manera que el agua fria, pero con mas eficacia. Sin embargo, se considera á estos medios como muy peligrosos, y no se aconsejan sino cuando el flujo hemorroidal parece ser *pasivo*. ¿Pero es fácil y aun posible reconocer que semejante flujo es realmente pasivo? Esto es lo que sería menester demostrar antes de proponer semejante medicacion.

El *agua blanca*, la *solucion de alumbre* á la dósis de 4 gramos por 500 gramos de agua, el *agua* y *vinagre*, etc., son los astringentes que principalmente se usan en lociones.

(1) Hildebrandt, *Sur les hémorrhoïdes fermées*. [illegible] Paris, 1801, in-8.

Hemorroides antiguas.—Cuando son antiguas las hemorroides, los ataques se han repetido mucho, y los tumores conservan un gran volúmen en el intervalo de estos ataques, no se puede esperar obtener la curacion radical por los medios precedentes, mas si por un motivo cualquiera se cree que el enfermo debe verse libre de su mal, se recurre á las *operaciones quirúrgicas.*

La *estirpacion de las hemorroides* no se practica sino cuando siendo demasiado voluminoso el rodete, impide la defecacion; cuando este rodete no puede contenerse en el recto, sale fuera y arrastra irresistiblemente el intestino; en una palabra, cuando la afeccion se ha hecho enteramente insoportable.

En primer lugar tenemos la *ligadura de los tumores*, ya recomendada por Hipócrates y Galeno, operacion generalmente abandonada en la actualidad por los médicos franceses á causa de su dificultad, del vivo dolor que produce y sobre todo de los accidentes mortales á que puede dar lugar. Sin embargo, muchos autores célebres, especialmente en Inglaterra, están lejos de reprobar así la ligadura, y sobre este punto el doctor Brodie (1) hace una importante distincion. En su concepto se debe practicar la incision cuando se trata de tumores hemorroidales externos, pero es necesario recurrir á la ligadura en los tumores internos. En efecto, en estos, segun este autor, son mas de temer los accidentes indicados mas arriba, y además de que tampoco es de temer la hemorragia interna, accidente muy grave de que hablaré mas adelante. No me corresponde á mí decidir cuál de estas opiniones es la que debe adoptarse; así pues, se consultarán los tratados de cirujía sobre este asunto, así como los diversos procedimientos usados en las ligaduras de estos tumores.

Se ha recurrido tambien al *cauterio actual*, y este medio ha tenido las mas veces el mejor éxito, segun refieren los autores; pero ninguno ha presentado pruebas mas convincentes que F. Boyer (2). Efectivamente, ha citado hechos muy notables de curacion de hemorroides antiguas, obtenidas en sugetos muy debilitados por la cauterizacion ó por el hierro candente. Este es, pues, un medio que será muy útil al práctico, y que como lo prueban las observaciones de F. Boyer no ofrecen verdadero peligro. Este autor describe el modo con que se procedió en uno de sus enfermos de la manera siguiente (obs. I):

«Hice poner al enfermo una lavativa, la que volvió en seguida, y me aproveché de la salida del rodete hemorroidal, producida por la espulsion de la lavativa, para coger los tumores; coloqué al enfermo al borde de su cama, en la posicion de un enfermo que se va á operar una fístula del ano, y cogiendo sucesivamente con los dedos de la mano izquierda los tumores, tiré de ellos ligeramente para ha-

(1) B. Brodie, *London med. Gazette, loc. cit.*

(2) Ph. Boyer, *De la cautérisation des bourrelets hémorrhoïdaux par le fer rouge, considérée comme traitement applicable aux diverses variétés de cette maladie* (*Bulletin général de thérapeutique*, 1847, t. XXXIII, p. 198, obs. 1.°

cerlos salir más, atravesé primero los de abajo, y despues los de arriba con una aguja enhebrada con un hilo doble, como si fuera á hacer su excision. El objeto de esta maniobra operatoria es impedir que los tumores entren en la ampolla anal cuando el dolor obliga al enfermo á cerrar el ano. Haciendo tirar y sostener los hilos fuera por dos ayudantes, tomé un cauterio cilíndrico, calentado hasta el rojo blanco, y le introduje en el ano, y diciendo á los ayudantes que aflojasen un poco los hilos, dejé caer así los tumores sobre el cauterio, el cual hace penetrar en la cavidad anal de 3 á 4 centímetros (15 á 20 líneas), dejándole allí hasta que se puso negro. Repetí dos ó tres veces esta operacion, y terminé aplicando sobre el orificio anal un cauterio cónico de vértice truncado, calentado hasta el rojo blanco. Esta última parte de la cauterizacion tiene por objeto destruir la piel del ano, que concurre á formar el rodete hemorroidal. En esta operacion tuve el mayor cuidado en destruir los tumores hasta llegar á los hilos que los atravesaban. Inmediatamente despues de esta cauterizacion, que es muy dolorosa, hice aplicar sobre el ano compresas empapadas en agua fria. El enfermo estuvo tranquilo durante el dia, y el dolor se fué calmando poco á poco.»

Las consecuencias inmediatas de esta operacion son un dolor bastante vivo, que va rápidamente aliviándose; mayor ó menor dificultad de orinar, ordinariamente calentura, y aun algunas veces un poco de delirio; pero en los casos citados por Boyer (1), se han disipado estos accidentes en pocos dias, y se ha verificado una completa curacion.

Aplastamiento lineal.—Chassaignac (2) aplica particularmente á la extirpacion de los tumores hemorroidales su procedimiento general del aplastamiento lineal. Esta operacion es mas eficaz y menos dañosa que la extirpacion y que la cauterizacion por los ácidos, el cloruro de antimonio, la pasta de Viena, el caústico de Filhos, etc. Se puede practicar sin peligro lo mismo en los hemorroidarios en estado anémico como en las hemorroides reproducidas.

Es preciso vaciar completamente el intestino por purgantes repetidos y enérgicos. Se empleará el cloroformo para que durante diez ó doce minutos, tiempo que exige la separacion del tumor, haya una completa inmovilidad.

La *posicion del enfermo* consiste en el decúbito lateral derecho, en vista de las exigencias de la cloroformizacion. El tumor debe ponerse en seguida de relieve, ya por medio del dedo, ó ya con una erina simple ó múltiple, en fin, es preciso pediculizar el tumor, valiéndose para el efecto de una ligadura, con el objeto de reconcentrar por decirlo así, todas las dificultades operatorias sobre un solo

(1) Véase G. de Beauvais, *De la cautérisation des bourrelets hemorrhoïdaux par le fer rouge*, thèse de Paris, 1852, 12 Junio, n.° 147.

(2) Chassaignac, *Traité de l'écrasement linéaire.* Paris, 1856.—*Leçons sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales, etc.* Paris, 1858.

punto, para aplicar entonces el Ecraseur (ó aplastador) (fig 2.ª), etc.

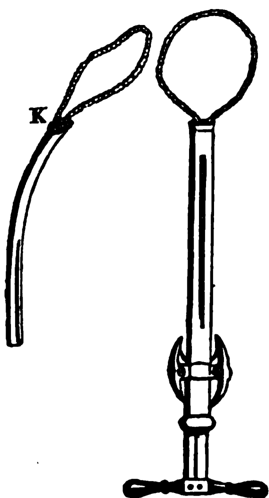


Figura. 2.ª—Ecraseur (ó aplastador) de Chassaignac.

Una vez colocado este instrumento, se pone en juego de manera que ejerza una constriccion gradual, llevando con alguna rapidez la constriccion al último límite, verificándose así la pronta seccion del pedículo de la almorrana, como si se ejecutare por excision, con la diferencia, la mayor parte de las veces, de que la solucion de continuidad que se obtiene por el aplastamiento, no expone á la hemorragia, como la seccion hecha por instrumento cortante. Pero en lugar de proceder por una pronta constriccion, se obra gradualmente (no se debe hacer marchar el instrumento sino en la proporcion de un cuarto de minuto por cada engaste de la cadena); de este modo se da tiempo á formarse un coágulo por encima del punto en que tenga lugar la solucion de continuidad; se condensan poco á poco los tejidos para poder aplastar el pedículo del tumor, y cuando se haya apretado gradualmente todo lo posible, se obtiene la separacion completa de la hemorroide sin hemorragia.

La herida se abandona á sí misma y al cabo de veinticuatro horas se introduce una mecha: las evacuaciones alvinas no deben provocarse hasta los tres dias, siendo útil las lavativas, que deberán aplicarse por medio de largas cánulas que lleven los líquidos por encima de la materia fecal detenida en la redoma rectal. Si tienen lugar las adherencias de las paredes opuestas del intestino, es preciso desprenderlas á las veinticuatro horas.

Segun Chassaignac, la cauterizacion por el hierro rojo no está exenta de accidentes tales como el delirio nervioso, la quemadura de la piel en mayor ó menor extension, el tenesmo vesical, la retencion de orina, la hemorragia consecutiva, rara, pero muy posible, la adenites inguinal doble, la larga duracion de la supuracion que se sostiene de treinta y cinco á cuarenta dias; en fin, la estrechez del ano, inconvenientes de que está exento el aplastamiento.

Se ha abandonado el uso de los *cáusticos*, tales como los ácidos, el cloruro de antimonio, etc., porque además del dolor que producen, es difícil limitar sus efectos, y pueden atacar al recto y á los tejidos inmediatos.

Alex. Ure (1) obtuvo la curacion de tumores hemorroidales ulcerados, embadurnándolos con el ácido crómico.

(1) Ure, *Tumeurs hémorrhoïdales ulcéreuses; guérison par l'acide chromique* (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, Mayo 1845, p. 206).

Gassier (1) usó con éxito el collodion en un enfermo que habia rehusado la excision del rodete. Cubrió el tumor, escepto su centro, de una capa de collodion; al otro dia volvió á empezar la operacion, y á los cinco meses se efectuó la curacion.

Fleury (2) introduce en el recto una mecha bañada de cerato, á la que incorporó 1 gramo de extracto acuoso de ópio y 2 á 4 gramos de extracto de belladona para 30 gramos de cerato. Se aumenta sucesivamente el grosor de la mecha, y se reemplaza el cerato calmante por una pomada astringente que contenga ratania, tanino ú óxido de zinc.

Amusat emplea para la curacion radical de las hemorroides la *cauterizacion con el cáustico de Viena*; y para este fin ha hecho construir un *instrumento particular* (fig. 3).

Este procedimiento consiste en apretar entre los dientes de unas pinzas cargadas de caústicos de Viena, el pedículo ó la base del tumor hemorroidal, que al cabo de algunos dias cae marchito y gangrenado.

Cogido ya el tumor hemorroidal, se aprieta la tuerca, se descubre el cáustico contenido en las ranuras ó canales de los cilindros (cáustico de Viena, cal y potasa), y mientras que el instrumento obra á la vez por compresion y por cauterizacion, un chorro de agua fria dirigido con una geringa sobre el tumor, se lleva lo supérfluo del cáustico y amortigua la sensacion de quemadura.



Fig. 3.
Pinzas de Amusat

A. Tuerca que sirve para limitar la presion de la pinza.
B. Tubo acanalado de acero que contiene el caústico.
C. Pequeño anillo de mallecor que sirve para hacer girar la vaina de mallecor que debe aislar el caústico de la llaga.
D. Pequeño tornillo que sirve para desmontar la vaina de mallecor á fin de limpiarla.

Amusat ha aplicado ya tres veces este procedimiento, y cada vez ha coronado un completo y rápido resultado esta feliz tentativa.

Se ha propuesto, siguiendo á Galeno, reunir la *ligadura á la escision*, es decir, ligar primero los tumores y hacer despues su escision. Pero esta práctica, que no tendría otra ventaja que la de oponerse á la hemorragia, está abandonada porque hay medios mas eficaces de evitar este accidente.

La *escision* es la única que actualmente se usa, y se encuentra en todos los tratados de patalogia la manera de practicarla. Pero aquí se presenta una cuestion que no debo pasar en silencio. ¿Se deberán quitar todos los tumores, ó dejar uno como queria Hipócra-

(1) Gassier, *Traitement des bourrelets hémorrhoïdaux par le collodion* (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1.° Abril 1851, p. 186).

(2) Fleury, *Tumeur hémorrhoïdales traitées par des mèches dans le rectum* (*Gazette des hôpitaux*, Octubre 1851, et *Bulletin général de thérapeutique*, 1851, t. XII, p. 426.)

tes, cuya opinion ha sido despues adoptada por la mayor parte de los médicos? Las investigaciones modernas han probado que se efectúa el flujo hemorroidal por la rotura de los tumores, porque se puede en seguida remediar por la aplicacion de sanguijuelas la supresion del flujo.

Hemorragia consecutiva.—El accidente mas grave que puede resultar de la escision es la hemorragia, principalmente cuando se trata de hemorroides internas. Esta hemorragia puede producir un flujo de sangre al esterior; pero al mismo tiempo este líquido se acumula en el interior del recto, de suerte que hay á la vez hemorragia interna y externa. Tampoco es raro ver que existe solo la hemorragia interna.

El enfermo es el primero que nota la salida de sangre en el recto cuando siente un calor suave en el bajo vientre, seguida bien pronto de la distension de aquel órgano. Sin embargo, estos fenómenos por lo regular no alarman, y no se piensa en la hemorragia sino cuando sobrevienen horripilaciones, frio en las estremidades, palidez de la cara, sudores, y en una palabra, los síntomas generales de la hemorragia interna, que hemos tenido muchas veces ocasion de señalar.

«Se encarga al enfermo que haga esfuerzos para defecar, con el objeto de evacuar los coágulos; se ponen lavativas frias, hechas astringentes añadiendo alumbre en solucion, cocimiento de corteza de roble y nuez de agallas. Al mismo tiempo se administra interiormente los astringentes usados en casos análogos. Tambien se pueden aplicar sobre el punto que da sangre y que puede haber salido fuera por los esfuerzos de la defecacion, una solucion de alumbre y de sulfato de hierro ó de cobre, que se aplica bien con un pincel, bien con pelotas de hilas; pero cuando estos medios no bastan, es menester recurrir sin dilacion á la cauterizacion ó al taponamiento. (P. Berard).

«Se ha aconsejado emplear la cauterizacion inmediatamente despues de la escision con el fin de evitar la hemorragia. Pero como esta práctica no carece de inconvenientes graves, es mejor esperar á que sea necesaria, teniendo, sin embargo, cuidado de seguir con solicitud los fenómenos que siguen á la operacion, y de preparar de antemano todo lo que pueda ser necesario para hacer la cauterizacion con la mayor prontitud, en cuanto se manifiesten los primeros síntomas de la hemorragia. La cauterizacion se practica con un hierro candente introducido por medio de un espéculum. (P. Berard)

«*Taponamiento.*—Cuando se opera con bastante prontitud, es raro que el taponamiento convenientemente practicado no sea suficiente para contener la hemorragia. J. L. Petit taponaba por medio de un grueso lechino de hilas atado por dos hilos cruzados cuyos cabos salian por el ano. Se introducia este lechino lo mas arriba posible en el recto, y entre los cuatro cabos ponia á la parte de afuera del ano otro lechino voluminoso y resistente, sobre el cual los ataba, de suerte que

las partes que daban sangre, se encontraban comprimidas entre el tapon interior atraido hácia abajo y el esterior hácia arriba. Por último, se completa el aparato con gruesas compresas y un vendaje de T. Boyer se ha servido con buen resultado de un pedazo cuadrado de lienzo, cuya porcion media introducia en el intestino; despues amontonaba en el centro de la bolsa, que de esta manera se formaba, una cantidad suficiente de hilas; y tirando hácia sí los cabos de la compresa, atraia su fondo igualmente que la masa que le llenaba contra el ano, de modo que comprimia con fuerza las partes interesadas en la operacion. Dupuytren ha usado con igual ventaja una vejiga introducida en el recto y llena de la misma materia.

«Considerando Begin (1) que estos procedimientos presentan el grave inconveniente de retener en el intestino los gases y las materias estercorales, aconseja servirse de una cánula de plata ó de goma elástica de seis á ocho pulgadas de larga, abierta en sus dos extremidades, y cubierta de una camisa de lienzo semejante á la de que se servia Dupuytren contra las hemorragias profundas y á oleadas que se siguen á la cistotomía lateralizada. Por medio de este instrumento, dice, se puede taponar el recto con tanta fuerza como exactitud, al mismo tiempo que las emisiones gaseosas conservan su libertad, y aun se pueden hacer en el intestino las inyecciones necesarias para calmar su irritacion ó arrastrar las materias que le llenan.»

Dupuytren (2) ha propuesto, para evitar la hemorragia que sigue á la incesion, no estirparlas por su base, sino cortar la porcion que sobresale fuera. Operando así, dice, se deja en la apariencia una masa bastante considerable en la márgen del ano que podria hacer creer que no se ha quitado suficiente cantidad del rodete; pero con la cicatrizacion todo entra en órden, y vuelve la abertura á ser normal, porque no hay que temer, como en la estirpacion completa, una estrechez consecutiva del ano.

En fin, para evitar el accidente que acabo de indicar, Jover (3) y Velpeau (4) han propuesto procedimientos particulares. El del primero es como sigue: «Despues, dice, de haber por la administracion de una lavativa, ó induciendo al enfermo á hacer esfuerzos de defecacion, provocado la salida de los tumores hemorroidales, los cojo con pinzas erinas de manera que se pueda mantenerlos fuera todo el tiempo necesario para la operacion; entonces, con un bisturí convexo conducido como disecando de dentro á fuera, los divido lentamente, y á medida que un vaso da sangre, hago su ligadura por medio de un hilo sencillo; mas para evitar la hemorragia consecutiva es nece-

(1) Bégin, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1833, t. IX, art. HEMORRHOÏDES.
(2) Dupuytren, *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. I, p. 348.
(3) Jover, *Gazette médicale de Paris*, 1840.
(4) Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*. Paris, 1839, t. III, p. 795.

vida, siendo ya muy violentos, ya mas ligeros. En estos casos es cuando el dolor y la pérdida abundante de sangre inspiran las mas veces inquietudes á los enfermos, hacen penosas sus funciones y producen la hipocondría. La duracion de los ataques varía de cuatro ó cinco dias á una ó mas semanas.

Muy poco tenemos tambien que decir respecto á la *terminacion*. Ya hemos visto anteriormente que es muy raro que el flujo hemorroidal sea bastante abundante para comprometer la vida del enfermo. En algunas ocasiones, aunque muy rara vez, la muerte es ocasionada por la gangrena ó por la flebitis supurativa. Por lo regular se obtiene la curacion cuando las hemorroides son debidas á una causa que desaparece por sí misma ó que se puede fácilmente destruir, como la preñez ó un estreñimiento algo tenaz.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Ya he dicho al principio que las investigaciones modernas eran las que principalmente habian ilustrado la anatomía patológica de las hemorroides. Sin embargo, no por eso se ha de creer que este punto haya sido descuidado antes de estos últimos tiempos, porque muchos autores, entre los que se debia contar especialmente á Sthal, Alberti, Morgagni y Lassus, han fijado su atencion sobre esta materia, y deducido que las hemorroides son verdaderas varices de las venas hemorroidales. Sin entrar sobre este punto en una discusion que nos llevaría mas allá de los límites que nos hemos propuesto, diremos que en la actualidad, á consecuencia de las disecciones de Blandin y de Jobert, de Lamballe, se ha adoptado generalmente esta opinion, aunque con algunas restricciones hechas por algunos autores, las que expondré sucintamente.

No volveré á hablar acerca de lo que he dicho del número y volúmen de los tumores en la descripcion de los síntomas. En el interior del recto se los encuentra formando un rodete, á veces pediculados, y sembrados de dilataciones venosas aparentes. Exteriormente tienen el aspecto arriba indicado. Segun la observacion del doctor Brodie (1), es necesario hacer una inyeccion en las venas para que se manifiesten sus dilataciones, y por consiguiente, la tumefaccion; pero ordinariamente es fácil reconocer los tumores despues de la muerte. Algunas veces están formadas de venas dilatadas en todos los puntos de su circunferencia, y semejantes á las varices de los miembros inferiores, se presentan en otros casos bajo la forma de ampollas, ó de celdillas que comunican con las venas, ó mas bien como ha reconocido Jobert, no son otra cosa que puntos dilatados de estas venas, puesto que en todos los casos este autor ha podido dis-

(1) B. Brodie, *Lect. on hæmorrh.* (*London med. Gazette*, 1835.)

tinguir las paredes del vaso. Pero como á consecuencia de la inflamacion que puede haber en el tumor sobreviene frecuentemente una flebitis adhesiva, de aquí resulta, que esta disposicion es á veces difícil de percibir, porque se halla el vaso obliterado antes de llegar al tumor. Además de esto, la hipertrofia y el endurecimiento de las paredes venosas y de la mucosa, la adherencia de esta, la infiltracion del tejido sub-mucoso, su induracion, la extravasacion de la sangre en el tejido celular circundante, su coleccion en un foco enquistado, son otras tantas lesiones que hacen difícil la diseccion. Por lo demás, es fácil comprender cuál es el orígen de estas lesiones. En su interior se encuentran, sobre todo, cuando han sucumbido los enfermos durante un ataque ó poco tiempo despues, pequeñas cavidades llenas de sangre negra ó líquida, ya de coágulos mas ó menos consistentes y mas ó menos descoloridos.

Sucede con bastante frecuencia que se ven serpentear muchos vasos venosos en los tumores hemorroidales; esto es, segun advierte Bérard (1), lo que ha hecho creer á algunos autores y en particular á Laennec y á Beclard, que pueden estar formadas las hemorroides por un tejido verdaderamente erectil. La semejanza es todavía mayor, como ha notado tambien el autor que acabo de citar, cuando existe al mismo tiempo una extravasacion sanguínea en el tejido celular. Algunas veces en los casos de hemorroides antiguas, es tan considerable el entrelazamiento de las venas dilatadas, que envuelve completamente la parte inferior del recto.

De estos hechos concluyó Berard que es preciso admitir tres formas de hemorroides: la primera es la forma *varicosa;* la segunda es la *erectil*, lo cual no quiere decir que los tumores estén formados de un tejido enteramente semejante al que se ha designado con este nombre; en fin, en la tercera forma los tumores son duros, no contienen sangre, y se designan con el nombre de *mariscos*. Este último estado de los tumores se debe atribuir á la inflamacion adhesiva de que hemos hablado mas arriba, la que por no haber sido convenientemente estudiada, ha dado con frecuencia lugar á errores del diagnóstico.

Si añadimos que en las hemorroides antiguas se puede encontrar un engrosamiento de la mucosa rectal, que se prolonga mas allá de los límites de los tumores, vestigios de grietas, de úlceras ó de abscesos, y cicatrices que resultan de la rotura de los sacos varicosos, se tendrá todo lo que importa saber acerca del estado del recto en las hemorroides.

Los demás órganos nada ofrecen las mas de las veces de particular, á no ser las lesiones propias de la enfermedad que ha causado la muerte, y que por lo comun ninguna relacion tienen con las he-

(1) P. Bérard, *Dictionnaire de médecine*, en 30 vol., art. HEMORRHOIDES, t. XV, p. 180.

morroides. Las afecciones orgánicas del hígado, los tumores abdominales que dificultan la circulacion venosa y que se hallan algunas veces, tienen una relacion directa con la enfermedad. En fin, si ha sido el estreñimiento muy pertinaz, puede haber habido una dilatacion del recto por encima del punto ocupado por las hemorroides.

Bien se vé que no he hablado de las degeneraciones cancerosas, escirrosas, que se ha creido que se podian producir algunas veces en las hemorroides. Ciertamente no negaré, que el cáncer no pueda afectar la parte del recto ocupado por los tumores; pero de ningun modo está demostrado que la existencia de estos tenga una verdadera influencia en la produccion del cáncer; y por consiguiente, la cuestion pierde para nosotros la mayor parte de su interés.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* de las hemorroides no presenta en los mas de los casos una dificultad grave. Para establecerle con precision, es necesario tener en consideracion como se ha hecho generalmente y á pesar de las objeciones de que he hablado mas arriba, el flujo hemorroidal igualmente que los tumores.

Este flujo pudiera confundirse con una *hemorragia de una porcion mas alta del intestino*, y si todavía no hay mas que una simple congestion rectal, sin dilatacion venosa bien aparente y sin tumor apreciable, este diagnóstico merece cierta atencion. La tension de la parte inferior, la tumefaccion del ano, las circunstancias en que se produce la hemorragia, es decir, despues de un estreñimiento mas ó menos largo; la falta de todo tumor en el abdómen y de los signos del cáncer, de afeccion tifoidea, de escorbuto, etc., podrán servir al médico de guia. Si existen los tumores característicos, entonces no hay ninguna dificultad, y no se puede confundir las hemorroides con la *enterorragia* de que hemos tratado ya. En cuanto al color negro de la sangre expelida en esta última afeccion, no es como ha hecho observar Raige Delorme, un signo suficiente para poder decidir la cuestion.

«Cuando la sangre procede de una *úlcera del recto*, es, dice Recamier, mas ó menos saniosa y está mezclada con pus, y el dedo introducido en el ano sale cubierto de sanies fétida.» Por mi parte, debo añadir que se puede reconocer así por el tacto la superficie por lo comun desigual de la úlcera cancerosa.

Cuando existen tumores, son voluminosos y se hallan hinchados, no se puede tener la menor duda. Sin embargo, si estos tumores son invadidos por una inflamacion bastante viva, se puede dudar si no hay mas que *una inflamacion del tejido celular de la márgen del ano*. Pero esta no ocupa todo el contorno del intestino, y se manifiesta por un punto doloroso é indurado entre el recto y la tuberosidad del

ísquion; la congestion característica no ha existido, y en fin, para hacer mas fácil la distincion, basta decir que esta inflamacion no ataca mas que á los tumores que llevan mucho tiempo de existencia, y despues de muchos ataques de hemorroides.

¿Se pueden confundir los *pólipos del recto* con los tumores hemorroidales? Así lo han pensado algunos autores, y hé aquí los signos distintos que han dado como apropiados para evitar los errores. Los pólipos son mas consistentes, se presentan en corto número y no ofrecen estas alternativas de hinchazon y de arrugamiento que caracterizan á los tumores hemorroidales.

Cuando se hallan los tumores endurecidos y deshinchados, y sobre todo, cuando dan un flujo blanco por una de las causas anteriormente indicadas, se los pudiera tomar por *vegetaciones sifilíticas*. Pero tambien en este caso, el modo con que han aparecido estas vegetaciones, la falta de hemorragias precedentes, y en fin, ciertas particularidades de formas como la de cresta, coliflor, puerro, etc., no nos dejan permanecer largo tiempo en la incertidumbre.

En fin, no es difícil distinguir los tumores hemorroidales internos que forman un rodete del *cáncer del recto*. Además de la falta de los fenómenos de los ataques hemorroidales, la dureza del escirro y la ninguna separacion de los tumores, la profundidad á que penetra la enfermedad y que se puede apreciar fácilmente, y las úlceras, cuando se halla la afeccion avanzada, hacen reconocer fácilmente el cáncer.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° *Signos distintivos del flujo hemorroidal sin tumores apreciables y de la enterorragia propiamente dicha.*

FLUJO HEMORROIDAL.	ENTERORRAGIA.
Tension de la parte inferior del recto.	*No hay tension* de la parte inferior del recto.
Tumefaccion del ano.	*No hay tumefaccion* del ano.
Estreñimiento anterior.	Muchas veces no ha *precedido* el *estreñimiento*.
No hay tumor en el abdómen.	Hay *tumor* en el abdómen en los casos de cáncer.
No hay signos de cáncer ó de afeccion tifoidea, de escorbuto, etc.	*Signos* de cáncer, de afeccion tifoidea, de escorbuto, etc.

sin ser perjudicial; el médico se halla en disposicion de juzgarlo fácilmente en vista del estado del enfermo. Si conserva sus fuerzas, si no palidece, si el pulso no está deprimido, etc., no se debe apresurar á contener la hemorragia; pero si sucede lo contrario, seria menester emplear medios apropiados para moderar el flujo hemorroidal ó suprimirle completamente. En el primer caso la *quietud absoluta*, el *decúbito dorsal*, el tener la *pélvis bastante elevada*, la *dieta severa*, las bebidas *aciduladas* sobre todo con los *ácidos minerales* (véase *epistaxis*) y á baja temperatura, los *semicupios frescos*, las *inyecciones*, los *chorros ascendentes frios*, las lociones con el *agua blanca*, el *agua de Goulard*, etc., moderan prontamente el flujo demasiado abundante El doctor J. Burne usa en semejante caso la siguiente mezcla:

R. Aceite de trementina.. 2 gramos.	Agua de harina de
Yema de huevo...... N.° 1.	avena........... 1 cucharada.

Se toma esta dósis dos ó tres veces al dia.

En esta preparacion se puede reemplazar el aceite de trementina por el *bálsamo de copaiba*, pudiéndose ver por otra parte lo que he dicho mas arriba acerca de esta sustancia.

Por último, completan el tratamiento los diversos *medios antihemorrágicos*, tales como el estracto de *ratania* á la dósis de 4 á 6 gramos (de 1 á 1 ½ dracmas) en una pocion, el *centeno cornezuelo* en polvo á la dósis de 3 gramos (54 granos) al dia, tomado en tres veces ó bien en infusion, el *tanino*, etc.

Pero si la hemorragia fuese bastante abundante para comprometer la vida del enfermo, sería necesario emplear medios mas eficaces. En un caso semejante, Scultet (1) recurrió al *cauterio actual*, aplicado sobre los tumores, y obtuvo un resultado feliz. Tambien se pueden usar los demás *cáusticos*, pero es necesario recordar las reflexiones que he presentado mas arriba al hablar de estos medicamentos. Si á pesar de todos estos medios persiste la hemorragia, no se deberia vaciar en hacer la *ablacion de los tumores* por medio de las operaciones anteriormente indicadas.

Aunque la hemorragia no lleva consigo los peligros que acabo de indicar, puede sin embargo, repitiéndose con frecuencia, conducir á los enfermos á un *estado anémico* bastante grave. En semejante caso despues de haber moderado ó suprimido el flujo de sangre por los medios que se acaban de mencionar, es necesario emplear los que sean apropiados para combatir la anemia, los accidentes nerviosos y los trastornos digestivos, que son su consecuencia. (Véase ANEMIA, t. I.)

Tratamientos de las grietas y de las úlceras.—Otra complicacion de las hemorroides es como ya se ha visto, la produccion de grietas y de úlceras que causan un dolor mas ó menos vivo, que dan ordinariamente lugar á un flujo blanco por el ano, y que algunas veces de-

(1) Scultet, *Arsenal de chirurgie*, p. 217.

terminan la hemorragia de que acabamos de hablar. Si existe una ó mas grietas se las debe tratar por los medios que ordinariamente se emplean contra esta afeccion. Sin embargo, debo decir que en semejante caso no hay mucha tendencia á recurrir á las diversas operaciones propuestas por los autores, sino que se emplean principalmente pomadas, como la de *estracto de belladona*, de *opio*, etc. Una preparacion que me ha sido muy útil y que se parece mucho á la que Dupuytren usaba con la grieta simple, es la siguiente:

R. Carbonato de plomo....... 5 gram. | Manteca de puerco........ 30 gram.

Mézclese exactamente. Se unta la grieta dos ó tres veces al dia, sobre todo despues del acto de la defecacion.

Se podria emplear la misma pomada contra las úlceras superficiales de los vértices de los tumores; pero si estos dan una hemorragia demasiado abundante, como algunas veces se observa, es necesario, como recomienda Berard, hacer con unas tijeras corvas sobre el plano la *escision* del vértice de los tumores ulcerados.

Tratamiento de la procidencia del recto.—Cuando son antiguos los tumores, llevan tras de sí, como hemos dicho, durante los esfuerzos de la defaccion, el intestino relajado y ocasionan la procidencia del recto. Los enfermos se contentan ordinariamente con introducir en él los tumores comprimiéndolos. Pero si son muy considerables los desórdenes, puede suceder que no se pueda contener en el recto el rodete hemorroidal y que se salga fuera al menor movimiento. Para obviar este inconveniente se han inventado diferentes *vendajes* que todos tienen por pieza principal una pelota oval destinada á comprimir sobre el ano. No creo que sea menester insistir mas sobre este punto. Unicamente añadiré, ateniéndome á una observacion de Guyot (1), que la compresion contínua ejercida por uno de estos vendajes ha bastado en un caso para producir la curacion completa de hemorroides muy graves.

Tratamiento del rodete hemorroidal estrangulado y de la gangrena consecutiva.—Como hemos visto, puede muy bien suceder que habiendo salido el rodete hemorroidal durante la defecacion, no pueda volver á entrar y se halle estrangulado. Si el médico es llamado pronto, se debe esperar poder hacer la reduccion y apresurarse á practicarla. Para esto se empieza por aplicar sobre el tumor compresas empapadas en *agua fria*, y cuando los tejidos parecen algo contraidos, se pondrá al enfermo sobre los codos y rodillas, y se hace sobre el tumor una *compresion* suave, que se aumenta gradualmente. Las unturas de aceite ó de otros cuerpos grasos hechas en su superficie favorecen la introduccion de los tumores. Si esta pe-

(1) Guyot, *Guérison de tumeur hémorrhoïdale interne par un appareil contentif* (*Archives générales de médecine*, 2.ª série, 1836, t. XII, p. 487).

queña operacion fuera muy dolorosa, se podría recurrir á las inhalaciones de cloroformo.

«En el momento, dice Berard, en que atravesando el tumor el ano, tiende á remontar espontáneamente, el cirujano debe encargar al enfermo que retenga en lo posible todo esfuerzo de defecacion para evitar la salida inmediata del rodete á consecuencia de estos esfuerzos que son en parte involuntarios, y para que la reduccion sea mas completa, el cirujano debe seguir con el dedo la masa dislocada á medida que vuelve á su sitio natural en el recto. Introducido el dedo en el recto, tan adentro como se pueda, se le deberá conservar en esta posicion hasta que haya cesado en parte la irritacion causada por la misma operacion, y que tambien haya disminuido el tumor por el efecto de esta compresion y de haber cesado la estrangulacion. Entonces se saca lentamente el dedo con precaucion, y se aplica rápidamente sobre el ano y el perineo una esponja fina empapada en agua fria y en una solucion de opio. Esta esponja se mantendrá en su sitio por el mismo enfermo, quien por este medio ejercerá una compresion sobre la region anal, hasta que no sienta ya reproducirse los esfuerzos que amenazan hacer volver á salir los tumores. Cuando despues de esta operacion se cree que se debe hacer mover el vientre, en lo que no debe tardarse mucho tiempo, el mejor medio es una lavativa de agua fria. El enfermo evitará todo esfuerzo, y si sobreviniese otra dislocacion de los tumores, deberá aquel hacer inmediatamente lociones frias sobre el tumor, echarse de espaldas y procurar hacer la reduccion.»

Hake (1) recomienda, cuando se ha introducido el rodete hemorroidal, mantenerle en su sitio, aproximando las nalgas por medio de *tiras aglutinantes*.

Pero sucede con bastante frecuencia, ya que el médico sea llamado bastante tarde, ó que el enfermo no quiera someterse á una maniobra muy dolorosa, que no se puede introducir el rodete. Entonces es cuando sobreviene la *gangrena*, de la que hemos hablado mas arriba. En semejante caso es preciso vigilar atentamente el tumor, usar la sangría general mas ó menos repetida, abundantes sangrías locales por medio de sanguijuelas, y mantener siempre sobre el rodete estrangulado fomentos y cataplasmas emolientes. Por medio de este tratamiento se pueden aplanar los tumores, ponerse menos dolorosos y entrar. Todavía se consigue mas fácilmente este objeto practicando sobre ellos *escarificaciones* y *picaduras* con una aguja, de modo que se vacien en lo posible de la sangre que contienen. Si á pesar de todos estos medios se produjese la gangrena, seria necesario no apresurarse, como queria Ledran, á estirpar el rodete hemorroidial; en efecto, casi siempre sucede que la parte mas prominente de este rodete cae en gangrena bajo la forma de un de-

(1) Hake, *London medical Gasette*, 1845.

tritus agrisado, pardusco ó verdoso, y que despues de haber hecho la escision de estas partes mortificadas, sin que sobrevenga ninguna hemorragia, se ve que se introducen los tumores, que á veces ni aun se reproducen mas. Sin embargo, si el curso de la gangrena hiciese temer que fuesen invadidas por ella las partes profundas, no se deberia vacilar en practicar la ablacion completa del rodete.

Tratamiento de la leucorrea anal.—En cuanto á lo que se ha llamado hemorroides blancas y leucorrea anal, tengo muy poco que decir, porque si estas dependen de las úlceras de que he hablado mas arriba, se debe poner en uso el tratamiento apropiado á estas, y si solo son debidas á una inflamacion crónica de la mucosa, se emplean en semejante caso, como todos saben, *ligeras cauterizaciones* con una solucion del nitrato de plata, etc., lociones con el agua aluminosa, etc., son los medios empleados en semejante caso.

Medios diversos.

Bajo el nombre de *supositorio antihemorroidal* se ha designado la preparacion siguiente:

R. Carbon de corcho.. / Cera............	aa. 1 parte.	Manteca fresca.............. 2 partes.

El doctor Wardleworth asegura haber curado muchas hemorroides ó á lo menos haber hecho desaparecer completamente los principales accidentes por el uso de la *pez negra* á la siguiente dósis:

R. Pez negra.................................. 70 centígram.

Para 12 píldoras. Se toman dos cada noche, teniendo cuidado de mantener el vientre libre.

El doctor Demetri ha propuesto la pomada que sigue contra las hemorroides externas.

R. Flores de azufre...... 4 gram.	Tridacio .... 2 gram.
Goma arábiga....... 12 gram.	Hollin bien lavado.......... 30 gram.

Se dan varias unturas al dia, lavándose poco despues con agua de malvabisco.

Medios para llamar las hemorroides suprimidas.—Cuando despues de una supresion, ya espontánea, ya provocada, los enfermos presentan algunos accidentes que se puedan atribuir á esta supresion del flujo hemorroidal, se procura restablecerle. No cabe duda, como ya se ha dicho, que se ha exagerado mucho la influencia de esta supresion, y sin razon alguna se le han atribuido la aparicion de muchas enfermedades, tales como el reumatismo, las afecciones de pecho, etc.; pero se concibe muy bien que en cierto número de casos la rápida cesacion de un flujo, al que se ha habituado la economía, dé lugar á trastornos considerables del organismo.

Para restablecer el flujo hemorroidal, se ha recurrido, como he dicho arriba, á los purgantes, y en particular al *acíbar*. La fórmu-

la empleada por Dupuytren es la mas sencilla, y por esto mismo vo
á indicarla aquí:

R. Manteca de puerco...... 30 gram. | Acíbar sucotrino .... 4 gram
Se dan con esta pomada fricciones sobre la region anal tres ó cuatro veces al di

Dupuytren ha usado con buen éxito esta pomada en mucho casos, principalmente en un sugeto afectado de oftalmía.

Pinel recomendaba el uso del acíbar sucotrino al interior, y h aquí su fórmula, ligeramente modificada por Requin (1) en cuant á la cantidad.

R. Acíbar sucotrino.. } aa. 1 gram. | Miel.......................... C. S
Polvo de regaliz... }

Háganse 20 píldoras, que se toman de 5 á 10 por la noche antes de acostars

Trousseau (2) ha citado muchos casos en los que ha logrado llamar los tumores hemorroidales, por medio del siguiente medicamento:

R. Manteca de cacao ó sebo. 4 gram. | Tártaro estibiado... 10 á 30 centígram
H. S. A. un supositorio que se introduce en el recto.

Los medios que acabo de indicar están muy lejos de consegui siempre el restablecer el flujo hemorroidal y los tumores. En semejante caso es necesario emplear otros para obviar los inconvenientes de la supresion; así, pues, se prescribirán las *sanguijuelas aplicadas á los muslos, á los lomos y entre las escápulas*, *las ventosas escarificadas* en los mismos puntos, un *régimen severo*, el *ejercici* diario al aire libre, y la *privacion de los líquidos alcohólicos*. Estos mismos medios son los que se han aconsejado en los casos en que por una operacion se han estirpado completamente las hemorroides.

Las precauciones higiénicas que se acaban de recomendar en los casos de supresion de flujo, deben tambien prescribirse á los sugetos que padecen de flujo hemorroidal periódico, el cual no se quiere suprimir.

Breve resúmen.—1.° *Tratamiento curativo.*—*Hemorroides recientes.*—Sangría general, sanguijuelas, purgantes, calomelanos tartrato de potasa, bebidas, lociones, semicupios, lavativa de agua fria, astringentes. *Hemorroides antiguas.* Operaciones quirúrgicas ligadura, cáusticos, cauterio actual, escision; tratamiento de la hemorragia consecutiva á la escision, taponamiento; incision, rescision; tratamiento despues de la operacion.

(1) Requin, *Eléments de pathologie médicale*, t. I, p. 401.
(2) Trousseau, *Journal des connaissances médico-chirurgicales.*

2.° *Tratamiento paliativo. Contra el dolor:* narcóticos, sangrías generales y locales, emolientes. *Contra la distension:* incision, picadura de los tumores. *Contra la inflamacion:* antiflogísticos, pasta de Ward, pimienta cubeba, bálsamo de copaiba. *Contra el flujo hemorroidal:* aceite de trementina, ratania, cornezuelo de centeno, tanino, cauterizacion y estirpacion de los tumores. *Contra la anemia:* medios apropiados para esta afeccion. *Contra las grietas y úlceras:* pomadas narcóticas; pomada de carbonato de plomo, escision del vértice de los tumores ulcerados. *Contra la procidencia del recto:* compresion por vendajes. *Contra la estrangulacion del recto:* reduccion, antiflogísticos, emolientes, escarificaciones, picaduras, hablacion de las partes gangrenadas y estirpacion del rodete. *Medios diversos:* carbon de corcho, pez negra, flores de azufre y hollin. *Contra la supresion:* acíbar, supositorio estibiado, régimen y precauciones higiénicas.

ARTÍCULO XIX.

LOMBRICES INTESTINALES.

Desde la mas remota antigüedad han sido conocidas las lombrices intestinales, y en particular las ascárides lumbricoides, y se han publicado sobre los accidentes á que dan lugar una multitud de escritos, de los cuales la mayor parte se distinguen por la exageracion de estos síntomas; porque casi todos los autores que se han ocupado de las enfermedades de la infancia han atribuido gratuitamente á las lombrices intestinales una gran influencia en la produccion de la mayor parte de las enfermedades. Brera (1), Rudolphi (2), Bremser (3), O. Gründler, Küchenmeister, Leidy, Leuckart, C. Th. von Siebold, Virchow, Wagener, Davaine (4), Van Beneden (5), y Cruveilhier son los médicos que han hecho progresar mas á la historia de estos animales parásitos. Rilliet y Barthez (6) le han dedicado un interesante artículo.

(1) Brera, *Traité des maladies vermineuses*, trad. de l'italien. Paris, 1804, in-8.
(2) Rudolphi, *Entozoorum sive vermium intestinalium historia*. Amstelodami, 1808.
(3) Bremser, *Traité zoologique et physiologique sur les vers intestinaux de l'homme*, augmenté de notes par M. de Blainville. Paris, 1837, 1 vol. in-8 et atlas de 15 planches in-4.°
(4) Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*. Paris, 1860.
(5) Van Beneden, *Mémoire sur les vers intestinaux*, 1858, in-4.°—Paul Gervais et Van Beneden, *Zoologie médicale*. Paris, 1859, 2 vol. in-8.
(6) *Traité des maladies des enfans*, t. III.

1.º—ASCÁRIDES LUMBRICOIDES.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se han descrito con el mayor cuidado las ascárides lumbricoides, así como las demás lombrices. La particularidad mas interesante que presenta para el médico es seguramente su semejanza con la lombriz terrestre, que es lo que ha hecho darles su nombre; por lo (fig. 4.ª)



Fig. 4.—Ascáride. (Moquin-Tandon, fig. 125.)



Fig. 5.—Ascáride.—*a*, extremidad cefálica con las tres válvulas y la boca.—*b*, extremidad caudal del macho.—*c*, estrechez genital de hembra, con el orificio sexual.—*d*, huevo. (Moquin-Tandon, fig. 126.)

tanto me contentaré con indicar rápidamente sus caractéres. Esta especie de ascáride es cilindroide, prolongada, por lo comun de 20 á 25 centímetros (100 á 125 líneas) de larga, y de 2 á 5 milímetros (1 á 2 $^{1}/_{2}$ líneas) de diámetro, de color de rosa mas ó menos subido, lisa, reluciente y semitrasparente. Tiene sus dos extremidades adelgazadas, y principalmente la anterior. Su cabeza está marcada por una pequeña depresion circular, sobre la cual hay tres pequeñas válvulas (fig. 5.ª). El ano está cerca de la extremidad posterior. La abertura de los órganos genitales (5 *c*) de la hembra se encuentra en la reunion de los tercios anteriores y del tercio posterior. El pene del macho

(*b*) está cerca del ano, y es doble. El macho es mas pequeño y mas corto que la hembra (Brera). Estos animales se reproducen por huevos.

Las ascárides lumbricoides se desarrollan exclusivamente en el intestino delgado; sin embargo, ya veremos mas adelante que se han encontrado en otras partes muy diversas; pero casi no se puede dudar que en semejante caso han abandonado las lombrices su sitio primitivo para irse mas ó menos lejos, y entonces no tardan en ser expulsadas ó en perecer. «Las ascárides lumbricoides que se encuentran en algun otro órgano distinto del intestino delgado, no se han desenvuelto en él, y no vienen mas allá de algunos dias.» (Davaine.)

El número de ascárides que existen en los intestinos es muy variable; frecuentemente se hallan una ó dos, y pueden llegar á seis ú ocho; alguna vez son bastante numerosas para llenar y distender el intestino; se las halla entonces en la autopsia aglomeradas en pelotones voluminosos..... Estas lombrices no se reunen probablemente en peloton, sino cuando comienzan á sentir el enfriamiento del cadáver, ó cuando llegan á un órgano que no les ofrece condiciones de existencia, tal como el intestino grueso. (Davaine.)

§ II.—Causas.

Causas predisponentes. La *edad* tiene una influencia no dudosa en la produccion de estos entozoarios. Segun las investigaciones de Guersat son muy frecuentes desde la edad de tres á diez años; pues este autor las ha hallado en una vigésima parte de los enfermos, siendo así que antes de esta edad apenas se han encontrado una ó dos veces en muchos centenares de niños. Extremadamente raras en los recien nacidos, se dice que Hipócrates y Brendel las han visto en esta edad. Tambien es sumamente raro hallarlas en los adultos.

Se ha dicho que el *sexo femenino* predisponia particularmente á esta afeccion, sin embargo de que esta opinion no está fundada en ningun dato exacto. En cuanto á la *constitucion*, se puede decir que las ascárides se manifiestan principalmente en los niños *linfáticos y escrofulosos*.

Respecto al *clima*, no tenemos observaciones muy exactas; sin embargo, si se ha de creer á algunos autores, estas lombrices son muy comunes en Holanda, en Suiza, Alemania y algunas provincias del Oeste de Francia.

En efecto, se ha atribuido á la *alimentacion* una influencia muy marcada en la produccion de las ascárides, y se ha acusado principalmente al *régimen vegetal* el darles fácilmente orígen. Sin embargo, los *lacticinios* y el régimen animal serian, segun muchos autores, una causa por lo menos tan eficaz.

Se ha incluido tambien entre estas causas el *habitar en un para-*

je frio y húmedo y la estacion de verano y otoño. En fin, se han citado afecciones verminosas que reinaban bajo la forma *epidémica*.

Todo lo que podemos decir, despues de haber enumerado estas causas, es que aun queda mucho que hacer para precisar su influencia, y que las apreciaciones generales que nos han dado los autores requieren apoyarse en una rigurosa análisis de suficiente número de observaciones.

No se puede investigar las *causas ocasionales* mas que en la *introduccion de los gérmenes* con los alimentos y las bebidas.

El gérmen ó huevo de la ascáride lumbricoide, dice Davaine, no se desenvuelve sino en el intestino. Es muchas veces expulsado con las materias fecales antes que se manifieste en él ningun fenómeno de segmentacion..... Despues de nuestras observaciones y experimentos hechos en el perro, creemos poder establecer que el embrion encerrado en el cascaron, hasta que el huevo sea llevado al intestino, y allí, ablandando la accion de los jugos esta cáscara, el embrion la rompe y se halla en el órgano, que no debe abandonar mas que para alcanzar la edad adulta... Si se pregunta ó se trata de averiguar cuáles son las condiciones ó las causas que determinan, sea la rareza de las lombrices en ciertas localidades, y su frecuencia en otras, sea su aparicion en gran número, y hasta cierto punto por epidemia, es preciso, ante tòdo, acordarse que la ascáride nace de un huevo, y que este huevo, depositado con las heces en el suelo, debe, para desenvolverse, llegar al tubo digestivo del hombre (1). Es necesario averiguar porqué via y cómo el huevo puede ser llevado al tubo digestivo. No es evidentemente ni por las legumbres, ni por los frutos ó los lacticinios, ni por el mal régimen, etc., es *por el agua*. Los huevos de las lombrices son expulsados con las heces, que alguna vez las contienen por miriadas. Estos gérmenes pueden permanecer en el agua de un charco, de un arroyo, de un pozo, etc. seis, siete y mas meses, sin sufrir ninguna alteracion; el embrion se desenvuelve, y no se pone en libertad sino despues que el óvulo llega al tubo digestivo del hombre. Un filtro le detiene en el camino; una temperatura elevada le mata. Con estos datos se podrá sin duda hallar la razon de que estas lombrices sean raras en Paris, y comunes en los campos, en Paris porque se bebe generalmente agua sacada del Sena y pasada por filtro, el cual retiene los óvulos de las ascárides; en el campo, porque se bebe sin filtrar el agua de charcos y de pozos.

§ III.—Síntomas.

En el conducto digestivo se han notado *dolores* particulares, *dolores*, *cólicos* algunas veces agudos, *punzadas* alrededor del ombli-

(1) C. Davaine, *Recherches sur le développement et la propagation du trichocéphale de l'homme et de l'ascaride lombricoïde* (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. XLVI, 21 Junio 1858.)

go, y una sensacion difícil de definir y como la de un *cuerpo que se mueve*, que se *arrastra*, etc., en algunos casos particulares las punzadas se sienten muchísimo.

Tambien se ha notado cierta *sensibilidad del vientre á la presion*, *hinchazon* y *abultamiento del vientre* y una *diarrea* tan pronto serosa como ligeramente sanguinolenta. Pero los casos en que estos síntomas faltan no son raros, y además es preciso notar que no son contínuos, sino que se manifiestan con intervalos variables, y que se pueden atribuir á cualquiera otra cosa mas bien que á la presencia de las ascárides.

En el estómago se observa la *pérdida* mas ó menos grande del *apetito*, *eructos* frecuentes y algunas veces *vómitos viscosos*. Igualmente se ha observado en ciertos sugetos una *capa cenagosa en la lengua*, acidez, olor soso ó fétido del *aliento*, y un aumento mas ó menos marcado de la *sed*. Otros autores han dicho que la saliva afluye en abundancia á la boca.

Se han citado tambien un gran número de *fenómenos nerviosos* debidos á la presencia de las ascárides en el intestino: tales son *soñolencia*, *cefalalgia* y *abatimiento*, ó bien *agitacion*, *escitacion* y *dilatacion de las pupilas*. En algunos casos raros se han notado palpitaciones nerviosas y aun lipotimias.

Se ha observado tambien que los niños se *frotaban mucho la nariz* y que estaban espuestos á *hemorragias nasales*.

La *cara* está pálida, aplomada, y sin embargo, por momentos rubicunda; los *ojos* están abatidos y rodeados de un círculo negruzco.

En fin, se ha notado una *tosecilla* seca, y sobre todo la frecuencia con irregularidad del *pulso*, que seria, segun algunos médicos, un escelente carácter para reconocer la existencia de las lombrices intestinales. Rilliet y Barthez han encontrado en un caso, que la *disminucion* de la frecuencia del pulso coincidia con la irregularidad.

Accidentes producidos por las ascárides lumbricoides.—Las lombrices intestinales salen algunas veces de los límites que ordinariamente ocupan, de lo que resultan principalmente los accidentes particulares á que dan orígen. Algunas veces, y de ello se encuentran en las diversas colecciones muchísimos hechos de esta especie que han sido casi todos reunidos por Mondière (1), las lombrices salen de la cavidad intestinal atravesando sus paredes, y vienen á formar al esterior tumores designados con el nombre de *abscesos verminosos*. Estos abscesos no tienen otra cosa de notable, que el formarse con cierta lentitud, y cuando se los abre dan salida á ascárides lumbricoides, y en algunos casos escepcionales á materias estercorales. Por lo demás, no tienen el peligro que á primera vista se pudiera supo-

(1) Mondière, *Recherches pour servir à l'hist. de la perforation des intestins, etc.* (Journal *l'Expérience*, t. II, p. 65, 188.)

ner, pues no hay hechos auténticos que prueben la posibilidad de una peritonitis debida al paso de una ascáride del intestino al peritoneo. Las adherencias que en semejante caso se forman, como creen muchos autores, reunida á la suma pequeñez de la abertura que resulta de la reparacion de las fibras y no de una verdadera *perforacion*, impiden que el animal caiga en la cavidad serosa.

¿Puede una ascáride atravesar el intestino no alterado por una lesion patológica? Los hechos citados parecen haber sido producidos despues de la muerte; Davaine (1), sin admitir la posibilidad de la perforacion, cree, sin embargo, que la presion de la cabeza del animal contra el intestino reblandecido puede producir la desgarradura.

Rilliet y Barthez han citado una observacion de Charcellay, de la cual resulta que una lombriz *puede abrir una arteria pequeña* para producir una *hemorragia intestinal* mortal (Charcelly). Sin embargo, no olvidemos que se pueden formar en el estómago é intestinos úlceras perforantes muy pequeñas, y por consiguiente no damos á este hecho una importancia exagerada.

Algunas veces se han encontrado tanto número de lombrices en el intestino, que de aquí ha resultado una especie de *estrangulacion interna*; pero los hechos de este género, entre los que es preciso citar principalmente el de Davaine (2), son enteramente escepcionales.

Tambien se ha atribuido á la presencia de las lombrices el desarrollo de la *inflamacion intestinal*; pero sucede con tanta frecuencia que se encuentra intacta la membrana mucosa en los puntos ocupados por las ascárides, que no se puede menos de tener dudas sobre este punto.

El *paso de las lombrices á otras cavidades* puede producir accidentes que son fáciles de preveer. En el *estómago*, son sensaciones semejantes á las que hemos notado en el intestino, y además vómitos, entre cuyas materias se encuentran las lombrices. En el *esófago*, es una sensacion de estorbo y de constriccion en el cuello y garganta, y una tos que acaba por producir vómito y la espulsion de las lombrices por la boca ó por las narices.

La *introduccion* de las *ascárides en las vias biliarias* es un accidente todavía mas grave de lo que se han citado muchos ejemplos. De la faringe pueden pasar á la trompa de Eustaquio y á las vías lagrimales. Rodriguez trae la observacion de una ascáride extraida por el grande ángulo del ojo (3). La introduccion de las ascárides en las vias viliarias es un accidente todavía mas grave, de lo que se han citado muchos ejemplos. Davaine (4) ha reunido treinta y siete observaciones. Todos saben el que ha referido Guersant, y en el que

(1) Davaine, *loc. cit.*, p. 122.—(Véase ÉTRANGLEMENT INTERNE, p. 62.)
(2) Davaine, *ouvr. cité* p. 175 á 192.
(3) Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses*, p. 156 á 175.
(4) Davaine, *loc. cit.*, p. 155.

se encontraron dos ascárides que habian penetrado en el *conducto colédoco*. El niño á quien se refiere esta observacion fue atacado de convulsiones violentas seguidas de una muerte pronta. Tambien se han encontrado ascárides en la *vejiga de la hiel*, y Laennec igualmente que Tonnelé (1) han dicho que se hallan en el *tejido del hígado*. La observacion de este último autor es muy notable, porque la lombriz estaba completamente alojada en un absceso de este órgano. Davaine ha hecho cuatro observaciones, en las cuales las ascárides se habian introducido en las vias ó conductos pancreáticos.

Otro accidente es la introduccion de las *lombrices en las vias aéreas*. En efecto se las ha encontrado en la *laringe* y aun en la *traquearteria*, que ha ocasionado accesos mortales de sufocacion. Blandin (2) ha hallado una en un *bronquio*. Davaine (3) ha referido catorce casos. Tambien se han observado en el peritoneo, con ó sin peritonitis. Es inútil describir los fenómenos á que dá lugar esta introduccion de las lombrices en las vías aéreas, porque son los que producen los cuerpos estraños en general. Unicamente decimos que cuando la lombriz se detiene en la laringe, la sofocacion es mas completa y mas prontamente mortal que cuando ha penetrado en la tráquea y en los bronquios.

Por último, hay otra série de accidentes señalados por los autores que consisten en diversas afecciones nerviosas, como las *convulsiones*, la *corea*, desórdenes intelectuales, la parálisis, la sordera, la amaurosis, el asma, la bulimia, la eclampsia, la epilepsia, Davaine ha citado numerosos casos (4). Las enfermedades graves, la *meningitis*, las *diversas flegmasías de los parénquimas* y las *calenturas*; pero relativamente á estos accidentes solo tenemos un corto número de observaciones frecuentemente incompletas, y aserciones por lo comun exageradas por parte de los autores.

Sin embargo, no se puede negar que en ciertos casos la espulsion de las lombrices ha puesto fin á trastornos muy graves á lo menos en apariencia; pero no se han hecho observaciones exactas para que se puedan precisar estos casos.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

Es imposible indicar de un modo general el *curso* de una afeccion verminosa. En efecto, ninguna cosa hay mas variable, porque tan pronto los sugetos padecen de lombrices durante un tiempo muy largo y de una manera casi contínua, como solo presentan algunos síntomas en épocas irregulares y distantes, y durante un corto espacio

(1) Tonnelé, *Réflexions et observations sur les accidents produits par les vers lombrics*. (*Journal hebdomadaire de médicine*, 1829, t. IV, p. 289.)
(2) Blandin, *Anatomie topographique du corps humain*. 1826, p. 215.
(3) Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses*, p. 144.
(4) Davaine, *ouvr. cité*. p. 53.

de tiempo, despues del cual son expulsadas las lombrices. Lo mismo sucede con la *duracion*. Algunos sugetos tienen lombrices durante muchos años, y otros solo las padecen muy poco tiempo. Entre estos dos extremos hay infinidad de intermedios. En cuanto á la *terminacion*, casi siempre es favorable. Sin embargo, hemos visto que los accidentes indicados mas arriba podian terminarse por la muerte.

§ V.—Lesiones anatómicas.

En la inmensa mayoría de casos no se encuentra ninguna lesion anatómica, y las que se hallan pertenecen á los accidentes anteriormente indicados.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Por lo que hace al diagnóstico diferencial de las ascárides lumbricoides y de los diversos productos animales ó vegetales que son algunas veces expelidos por las cámaras, se puede ver lo que sobre este asunto dice Blainville (1). Solamente diremos aquí que por la suspension en el agua se puede reconocer la estructura de los cuerpos que se han llamado seudohelmínticos.

El segundo punto consiste en saber si se puede distinguir la afeccion verminosa de otras varias enfermedades. Pero tocante á esto no tenemos ningun signo positivo, segun confiesan los autores que mas se han ocupado de esta materia. Sin embargo, si algunos trastornos intestinales manifiestos, las diversas sensaciones indicadas mas arriba, y las dificultades de la digestion, hubiesen precedido á accidentes nerviosos que simulan á una afeccion cerebral, nos veríamos inclinados, sobre todo en los niños, á creer que habria lombrices, atendiendo á que en las enfermedades del cerebro, el conducto digestivo se halla casi siempre al principio de la afeccion en un perfecto estado de integridad, excepto algunos vómitos simpáticos. Tambien es necesario tener cuidado de informarse de si los niños han tenido anteriormente otros ataques semejantes, que se hubieran terminado por la expulsion de lombrices. Este es un indicio que jamás debe despreciarse, sobre todo en los niños, porque si los padres tienen mucha tendencia á atribuirlo todo á las lombrices, los médicos alguna vez no piensan bastante en ello.

El doctor Ch. de Hubsch (2) indica como muy importantes para el diagnóstico de las *lombrices intestinales*, los tres signos siguientes: 1.° un *estado particular de la lengua*, que consiste en la existencia de puntos rojos del grandor de una cabeza de alfiler, diseminados en una capa blanquecina, que sin duda son las papilas algo desarrolla-

(1) De Blainville, Appendice au *Traité des vers intestinaux*, par Bremser, p. 532.
(2) Ch. de Hubsch, *Abeille médicale*, Julio 1847.

das; 2.° una *cantidad superabundante de saliva* que fluye por la boca durante el sueño y que se hace muchas veces espumosa y blanca cuando han estado las mandíbulas largo tiempo en movimiento; 3.° en fin, un *rechinamiento de dientes* durante el sueño, acompañado del espasmo de los músculos de la cara.

Estos signos tienen cierto valor, pero no son característicos; son preferibles los indicados por Davaine (1). Ademas de los fenómenos *locales* (alteracion de las funciones intestinales, dolores abdominales, prurito al ano), además de los fenómenos simpáticos de los sentidos, además de los fenómenos reflejos, tambien determinados por Claude Bernard (2), hay un medio diagnóstico muy precioso; este es la presencia de los huevos en las materias fecales, presencia que se demuestra por el microscopio. Su número es con frecuencia tan considerable que cada partícula de materia fecal puede contener muchos.

Pronóstico.—Mientras que las lombrices continúan encerradas en el conducto intestinal no producen las mas veces mas que síntomas poco graves. Sin embargo, no conviene apresurarse á hacer un pronóstico favorable, puesto que por su paso á otras cavidades, y por los fenómenos simpáticos que algunas veces producen, pueden las ascárides ocasionar los accidentes funestos que hemos indicado. No obstante, es sabido que estos accidentes no son muy frecuentes; la perforacion intestinal por las ascárides no es, como hemos visto mas arriba, tan grave como se pudiera suponer, porque los abscesos verminosos se terminan las mas veces por la curacion. Las convulsiones son evidentemente mas peligrosas.

§ VII.—Tratamiento.

El número de medicamentos que se han propuesto con el nombre de *antihelmínticos*, es sumamente considerable, y mucha parte de ellos se emplean contra las ascárides lumbricoides.

El primero es el *musgo de Córcega*, cuyo uso, segun Merat y Delens (3), se remonta al parecer á la mas remota antigüedad, y que fué sobre todo preconizado en 1775 por Dimo Stephanopoli (4), quien le prescribia bajo la forma de jarabe. En los hospitales de niños se administra de la manera siguiente:

R. Musgo de Córcega......	4 á 16 gram.	Jarabe................	30 gram.
Agua hirviendo........	120 gram.		

Se toma á cucharadas.

(1) Davaine, *ouvr. cité*, p. 48.—Véase tambien Davaine, *Sur le diagn. de la présence des vers dans l'intestin par l'inspection microscop. (Société de Biol.*, 2.ª série, 1857, t. IV, p. 188.)

(2) Claude Bernard, *Expériences faites devant la Société de Biologie*, 1858.

(3) Mérat et Delens, *Dictionnaire de matière médicale et de thérapeutique générale*. Paris, 1832, t. IV, p. 196.

(4) Dimo Stephanopoli, *Voyage en Grèce.*

Tambien se le puede dar en leche bien endulzada con azúcar, á la misma dósis proporcional, segun la edad.

Igualmente se puede mezclar la cantidad determinada de musgo de Córcega con vino tinto y azúcar blanca, de modo que forme una *jalea*, que segun Trousseau y Pidoux (1) no disgusta á los niños. Se dá esta jalea á la dósis de dos ó tres cucharadas al dia.

Fleisch, citado por Rilliet y Barthez, prescribe el musgo de Córcega en *lavativas* del modo siguiente:

R. Musgo de Córcega...... } aa 8 gram.		Santónico............. 8 gram.
Valeriana............. }		

Se infunde en dos cuartillos de agua hirviendo, y se cuela para una lavativa.

Segun dicen la mayor parte de los autores, el *santónico* (fragmentos de una especie de artemisa de Oriente) es mucho mas activo. Acabamos de ver que Fleisch le asociaba para darle en lavativas con el musgo de Córcega. Tambien le dá en *pastillas*, cuya fórmula es la siguiente:

R. Santónico en polvo.......	8 gram.	Mucílago de goma tragacanto.............	C. S.
Chocolate en polvo.......	15 gram.		

Se hacen treinta pastillas. Se dan tres, cuatro ó cinco veces al dia.

Bouillon Lagrange (2) ha compuesto un *jarabe* con arreglo á la fórmula que sigue:

R. Agua destilada de santónico saturada de esencia...	1 kilóg.	Azúcar blanca............	1 kilóg.
Esencia de santónico......	4 gram.	Claras de huevo..........	N.º 2.

Se bate la clara de huevo con el agua destilada, se añade el azúcar, y se hace jarabe á fuego lento.

Se dá una cucharada por la mañana y otra por la tarde por espacio de tres ó cuatro dias, purgando al quinto con aceite de ricino y el jarabe de flores de melocoton.

En fin, se prepara con el santónico, confites, bollos, etc.

La santonina es uno de los principios activos del santónico, y es ventajosa por ser insípida y poder administrarse en pastillas, grajeas, á la dósis de 10 á 25 centígramos por dia. Las grajeas y las pastillas (3) contienen cada una 25 milígramos. Esta sustancia mata las lombrices, pero es necesario hacerla seguir de un purgante para expulsarlas. Se administra la santonina por algunos dias, y el exámen microscópico permitirá ver si las evacuaciones contienen huevos

(1) Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*. Paris, 1862, t. II, p. 824.
(2) Bouillon-Lagrange, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.
(3) Reveil, *Formulaire des médicaments nouveaux*, 2.ª édit., p. 279.

de lombrices. No se olvidará que, bajo la influencia de este medicamento, las orinas se vuelven alcalinas, mas abundantes y de color amarillo azafranado.

Cerri, de Milan (1), une la jalapa á la santonina.

R. Santonina pura .... 20 centíg. Polvo de jalapa .... 60 centíg. Azúcar en polvo.. .... 2 gram.

Mézclese. Repítase la dósis tres veces al dia. Puede aumentarse ó disminuirse, segun la edad.

Hannon, de Bruselas (2), ha prescrito con éxito el *cousso* en infusion á la dósis de un gramo: se puede soportar de 15 á 30 gramos. Davaine (3) le reconocia poca eficacia.

No puede continuarse por mucho tiempo el uso de los antihelmínticos (Davaine); pueden hacerse nocivos.

Vomitivos y purgantes.—Tambien han usado algunos autores el *tártaro estibiado*, y se le puede dar á la dósis de 5 á 10 centígramos (1 á 2 granos) en una pocion que se toma á cucharadas hasta que produzca efectos eméticos y purgantes.

Entre los *purgantes* es preciso citar la *jalapa*, la cual entra en muchas fórmulas; tambien se usan con mucha frecuencia los *calomelanos* y el *aceite de ricino*, el que Brera recomienda particularmente y prescribe del modo siguiente con el nombre de *pocion antihelmíntica laxante*.

R. Aceite reciente de ricino.. 60 gram. Agua de menta piperita... 60 gram.

Se toma á cucharadas.

Bremser ha recomendado el *acíbar*, y le daba bajo la forma de píldoras.

R. Acíbar sucotrino pulverizado .... aa 2 gram. Tanaceto en polvo..... aa 2 gram. Aceite esencial de ruda.... 12 gotas.

Mézclese y háganse doce píldoras. Se toman cuatro ó cinco al dia.

Entre los antihelmínticos es necesario tambien hacer mencion de la *artemisa*, de los *ajenjos* y aun del *hollin*. Segun Trousseau y Pidoux pueden ser muy útiles las lavativas con un cocimiento de hollin.

Hollin .... 30 gram.

Hágase hervir por media hora en medio litro de agua.

Sin embargo, este remedio es mucho mas eficaz contra los *oxiuros*, de que hablaremos mas adelante.

(1) Cerri (de Milan), *Bons effets de l' association de la santonine et de la strychnine comme vermifuge (Bulletin genéral de thérapeutique*, 15 Junio 1860, t. XXXVIII, pág. 523).

(2) Hannon, *Prese médicale belge*, et *Bull. gén. de thérapeutique*, 15 Mayo 1852.

(3) Davaine, *loc. cit.*, p. 784.

Rosen ha aconsejado el uso del alcanfor; pero su sabor repugna á muchas personas.

Jourdanet y Debout, han preconizado las semillas de calabaza. Se limpian las semillas, se las priva de su corteza que las reduce á pasta. En seguida se hacen grajeas y se las prescribe á la dósis de 25 á 50 gramos.

Goelis ha recomendado la fórmula siguiente:

R.	Raiz de valeriana en polvo.............. / Santónico............	aa 1 gram.	Calomelanos.............	10 centíg
			Azúcar blanca............	2 gram.

Mézclese, pulverícese y divídase en cuatro partes iguales. Se toma un papel dos veces al dia.

El *electuario* siguiente, segun Vogler, es muy útil contra las ascárides.

R.	Santónico en polvo.......	8 gram.	Jarabe de flores de melocoton para hacer electuario.....................	C. S.
	Raiz de jalapa en polvo..	4 gram.		
	Calomelanos............	30 centíg.		
	Agua de flores de cuasia..	2 gram.		

Se toma una cucharada de café cada dos horas, hasta que produzca efectos purgantes.

Todavía creo debo añadir dos fórmulas que gozan de gran reputacion, que son las de Stark y de Cruveilhier.

Hé aquí la primera:

R.	Santónico................	8 gram.	Etiope mineral (mezcla de protóxido y de peróxido hierro)....	aa 4 gram.
	Raiz de jalapa......... / Raiz de valeriana.....	aa 4 gram.	Azúcar blanca.....	8 gram.

Mézclese y pulverícese. Se dará á la dósis de 2 á 3 gramos (36 á 54 granos) dos ó tres veces al dia.

El *jarabe* propuesto por Cruveilhier (1) se compone de lo siguiente:

R.	Hojas de sen........ / Ruibarbo .. .. / Santónico........... / Abrótano............	aa 4 gram.	Músgo de Córcega .... / Flores de tanaceto .... / Ajenjo menor	aa 4 gram.

Infúndase en frio en:

Agua.................................... 240 gram.

Cuélese y añádase

Azúcar.................................... C. S.

Hágase jarabe. Se da una cucharada por la mañana durante tres dias.

(1) J. Cruveilhier, *Dictionaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

Cruveilhier ha logrado con este jarabe, y administrado de esta manera, hacer expeler hasta sesenta lombrices en una mañana.

El arsénico y la nuez vómica, medicamentos peligrosos, no tienen eficacia alguna particular. La asafetida, el aceite de trementina, el hinojo acuático (phellandrium acuaticum), el ajo, el estaño, la cebadilla, el tabaco en lavativas, etc. se han usado en diversos paises.

El *aceite empireumático de Chabert*, recomendado por Bremser, es una mezcla de una parte de aceite *empireumático de asta de ciervo* y de tres partes de *aceite de trementina*, que se destila en el baño de arena, en una retorta de vidrio. Se dan algunas gotas de este aceite en un líquido muy azucarado.

Este medicamento tiene como la mayor parte de los que he indicado, el inconveniente de no gustar á los niños, que despues de la primera dósis rehusan á veces obstinadamente tomar la segunda. Así pues, se deben elegir con preferencia las preparaciones que, bajo la forma de *bizcochos*, de *pastillas* y *confites*, engañan á los niños, y administrar los polvos en cierta cantidad de almíbar ó frutas cocidas.

Régimen. Cuando se halla considerablemente disminuido el apetito, basta dar á los niños algunos caldos ó sopas; en el caso contrario es útil un régimen animal y ligeramente tónico segun el parecer de los autores. Bremser insiste en que se prive á los que padecen de ascárides de sustancias harinosas y grasas.

Es muy importante suprimir las legumbres, las frutas y cambiar el agua que beben. Nosotros aconsejamos, en este caso, el agua de brea.

Resúmen.—Musgo de Córcega, santónico jarabe de Bouillon Lagrange; vomitivos, purgantes; pocion antihelmíntica de Brera; artemisa, ajenjo, cousso, santonina, electuario; de Bremser, polvos de Gœlis, electuario de Vogler, polvos de Stark, jarabe de Cruveilhier; medios diversos; aceite empireumático de Chabert y régimen.

2.°—OXIUROS VERMICULARES.

Algunas veces se le ha dado el nombre de *ascáride vermicular* al oxiuro vermicular. No tiene mas de 3 ó 4 milímetros (1 $^1/_2$ á 2 líneas) de largo; es muy delgado y muy blanco; su extremidad posterior es mas gruesa que la anterior, y en el macho está retorcida en espiral. La hembra, que es mayor que el macho, tiene de 8 á 12 milímetros de larga, y es muy notable por el estremado adelgazamiento de su cola, llevado á tal estremo que es necesario servirse del microscopio para verla bien.

La reproduccion se verifica por huevos. De todos los parásitos estos solos son los que se propagan en los intestinos (fig. 6).

Los oxiuros se presentan principalmente en los niños, y tienen

casi exclusivamente su asiento en el *intestino grueso*, sobre todo cerca del ano, cuyos pliegues llenan. Sin embargo de esto, se han visto muchos en una parte mas alta del intestino. Segun Beker (1), se pueden encontrar hasta en la *vagina* y en el *útero*. Brera dice que los ha hallado en el *esófago*; pero aunque no sea este hecho imposible, no está bastante demostrado. Las mismas reflexiones se aplican á los casos en que se asegura haber encontrado estos animales en la *uretra* (2) y en el *estómago* (3).



Fig. 6.—*a*. Oxiuro, macho.—*b*. hembra.—*c*. estremidad cefálica con tres nuditos, y una hinchazon en forma de ala.—*d*. estremidad caudal del macho.—*e*. estremidad caudal de la hembra.—*f*. huevo. (Moquin Tandon, fig. 127.)

En cuanto á los *síntomas* á que dan lugar están lejos de manifestarse en todos los casos. En efecto, no es raro encontrar en los cadáveres una considerable cantidad de oxiuros, sin que hayan dado señales de su existencia durante la vida. Por el contrario, en otras circustancias pueden producir accidentes notables. Así, pues, muchos autores han atribuido trastornos nerviosos muy graves á la influencia de esta lombriz. ¿Pero no eran estos debidos en los mas de los casos á simples coincidencias? Sin pronunciar mi fallo en semejante cuestion, solo diré que el único síntoma, que en último lugar es propio de los oxiuros, es una *fuerte comezon* en el ano, el que en algunas ocasiones llega á ser intolerable. Cruveilhier ha citado un caso muy notable por la intensidad de este síntoma, y lo que habia sobre todo de curioso es que la sensacion, que llegaba hasta un *dolor verdadero* se reproducia todas las noches á la misma hora. Ultimamente he visto un hecho semejante en un niño de dos años y medio. Sin embargo, esta sensacion no parecia elevarse, hasta un dolor vivo solo sentia una fuerte comezon que se reproducia todas las noches, poco antes de acostarse, lo que impedia que el niño se durmiese algunas veces en mucho tiempo. Cuando así sucede, se ve que los niños se agitan, llevan su mano al ano y le comprimen y hacen en él fuertes fricciones, y á veces se arrastran sentados en el suelo, dando gritos.

Se ha dicho que la escitacion producida en el recto, podia propagarse á los órganos genitales y *provocar la masturbacion*, producir un *flujo vaginal* y *pérdidas seminales involuntarias*.

Lallemand (4) ha reunido siete casos de pérdidas seminales en su libro.

(1) Becker, *Ephem. nat. cur.*, dec. II, ann. 8, obs. 75.
(2) P. Frank, *Traité de médecine pratique*. Paris, 1842.
(3) Kühn, *Dissert. de asc. per urin. emiss., etc.*, Ienæ, 1798.
(4) Lallemand, *Des partes séminales involontaires*, t. III, p. 116, 247.

Ya volveré á hablar de esto mas adelante cuando trate de la *leucorrea* y de la *espermatorrea*.

El *diagnóstico* de esta afeccion no presenta generalmente dificultad cuando existe algun síntoma. Una comezon muy viva, que sobreviene principalmente de noche en el ano y en el interior del recto, podrá servir de guia y si se examina el ano, se puede como ha hecho Cruveilhier, ver fácilmente que los oxiuros se agitan con viveza en los pliegues radiádos de aquella parte.

El *pronóstico* no es evidentemente grave; pero la incomodidad producida por estas lombrices, la facilidad con que estos animales se reproducen, y la dificultad de llegar hasta ellos con los medicamentos, estando como se hallan ocultos en los pliegues del intestino, hacen en muchos casos que el médico no deba tratar esta afeccion con ligereza.

Tratamiento.—Se han recomendado contra los oxiuros muchos de los remedios empleados contra las ascárides; pero algunos de ellos les convienen mas especialmente. En general, el tratamiento debe continuarse por espacio de dos ó tres semanas.

Ya he hablado del *hollin*, que se administra en lavativas; en efecto, basta dar una lavativa al dia con un *cocimiento de hollin*.

El *agua fria* ha sido alabada por Van Swieten. Rosen la recomienda tambien, y la da en *bebida* igualmente que en *lavativas*; pero Van Swieten solo la prescribia bajo esta última forma.

Fraenkel, citado por Rillet y Barthez, ha elogiado mucho las dos *lavativas* siguientes:

Los *ajenjos* forman la base de la primera:

R. Yerba de ajenjos...................... 8 a 16 gram.

Infúndase en:

Agua................................ 60 gram.

En la segunda entran el *ajo* y la *asafétida* del siguiente modo:

R. Bulbos de ajo frescos.................. 8 gram.

Infúndase en:

Agua caliente.......................... 125 gram.

Añádase despues de colado:

Asafétida............................ 1 gram.

Disuelta en:

Yema de huevo......................... N.º 1.

El mismo autor prescribe tambien lavativas de *agua de cal* en la proporcion siguiente:

R. Cocimiento de malvabisco. 30 gram. | Agua de cal............ 90 gram.

En fin, Guersant recomienda el *sulfuro de potasa* en lavativas del modo que sigue:

R. Sulfuro de potasa... 30 á 60 gram. | Agua.................. 250 gram.

No se ha hecho ninguna investigacion para saber cuál de estos dos enemas es mas eficaz que el otro.

Tambien se ha prescrito un cocimiento de dos dientes de ajo en leche.

Algunas veces no se hace mas que inyectar cierta cantidad de *aceite de olivas* en el recto, lo que es útil contra la comezon.

En el caso citado por Cruveilhier, bastó un poco de *ungüento gris* aplicado al ano para librar de las lombrices al enfermo.

Yo he obtenido el mismo efecto mandando hacer fricciones en el ano con la pomada siguiente, de la cual se introducia una corta cantidad en el intestino.

R. Manteca.................. 25 gram. | Calomelanos............. 5 gram.
Mézclese.

Este medicamento tópico, muy sencillo, merece sea recomendado muy especialmente, aunque es mas que probable que cualquiera otra *pomada mercurial* obraria de la misma manera.

Debout (1) fué el primero que llamó la atencion sobre las propiedades antielmínticas del azúcar, que él administraba en lavativas y en lociones contra los oxiuros vermiculares.

3.° TRICOCÉFALO.



Fig. 7.—Tricocéfalo.—*a*. Macho.—*b*. Hembra.—*c*. Extremidad cefálica con la boca terminal.—*d*. extremidad caudal del macho con su tubo masculino y en forma de espina.—*e*. Huevo. (Moquin-Tandon, fig. 128.)

El tricocéfalo es linear, de 4 á 6 centímetros (20 á 24 líneas) de larga, adelgazado por la cabeza, engrosado y piriforme en la parte posterior en el macho. La parte adelgazada ó anterior es la mas larga, la parte posterior es recta en la hembra. El macho es mas pequeño (fig. 7).

Estas lombrices se encuentran principalmente en el ciego y en el colon; pero rara vez en gran cantidad; no obstante acabamos de ver que alguna vez puede haber una inmensa cantidad de ellas. Es tal la frecuencia de estas lombrices que Rudolphi, Mérat, y mas tarde

(1) Debout, *Bulletin de thérapeutique*, 15 Marzo 1863.

Davaine (1), aseguran que existen en la mitad de los indivíduos.

No se ha asignado ningun síntoma particular á esta especie de lombrices; sin embargo, he oido comunicar últimamente al doctor Barth á la sociedad de observacion un hecho que debe llamar la atencion sobre este punto. Un enfermo presentó hace poco tiempo en el Hotel Dieu, síntomas tan marcados de una afeccion cerebral que todos creyeron que tenia una *meningitis*. En la autopsia nada se pudo descubrir en el encéfalo; pero habiendo examinado Barth el intestino, se encontró una cantidad enorme de tricocéfalos. Felix Pascal (2) ha recogido una observacion análoga.

Los medios que, segun todas las probabilidades, convienen contra este entozoario son las *lavativas prescritas contra los oxiuros, los purgantes y los mercuriales.*

4.° TÉNIA Ó LOMBRIZ SOLITARIA.

§ I.—Naturaleza.

Hay dos especies de *ténia*; la *tœnia lata ó botriocéfalo*, y la solitaria *tœnia solium*; pero estas dos especies que importa mucho distinguir bajo el punto de vista de la historia natural, pudieran confundirse fácilmente bajo el terapéutico y patalógico.

Las ténias son unos animales aplastados, parecidos á una cinta, blandos, blancos y formados de articulaciones mas ó menos numerosas, y que se presentan bajo la forma de una tira que les ha hecho dar el nombre que llevan.

La *ténia ó lombriz solitaria* es notable por la longitud de sus articulaciones y por su poca latitud, que es apenas de 1 á 2 milímetros ($^1/_2$ á una línea) en su parte anterior y de 6 á 9 milímetros (de 3 á 4 $^1/_2$ líneas) en su parte posterior. La cabeza de la ténia solitaria apenas iguala á la de un alfiler delgado; tiene cuatro chupadores iguales, situados en los cuatro ángulos, y en medio una prominencia en la que Bremser ha encontrado un orificio pequeño. Esta prominencia está rodeada de una ó dos filas de ganchos dispuestos en coronas; pero que faltan con frecuencia, cuando el animal es muy jóven ó demasiado viejo; por último, un cuello muy delgado y filiforme completa el cuadro de este aspecto esterior que basta para el práctico (fig. 8 y 9).

El *botriocéfalo* es notable por las fositas dilatables y contractiles que reemplazan á los chupadores. Su anchura puede llegar hasta centímetro y medio (7 líneas) y más. Rudolphi los ha visto de cerca de tres centímetros (15 líneas). Su cabeza es mas ovoidea que la de la ténia solitaria; las fositas son en número de dos; su cuello se con-

(1) Davaine, *ouvrs. cité*, p. 207.

(2) Félix Pascal, *Obs. sur leus versll. trichocéphalos (Bude la Société de médecine*, p. 59).

funde muchas veces con el cuerpo, y algunas es filiforme. Los anillos que componen el cuerpo son mas anchos que largos, y se parecen á arrugas. Se hacen mas largos y mas anchos á medida que se acercan más á su extremidad posterior (fig. 10 y 11).



FIG. 9.—A. Cabeza.—*a*. Parte anterior un poco disminuida.—*bb*. Osculos.—*c*. Doble corona de dientes.—*d*. Trompa.—*e*. Principio del cuello.—*f*. Primera articulacion.—B. Dientes.—*a*. Mandíbula.—*b*. Cara.—*c*. Gancho. (Moquin-Tandon, fig. 138.)



FIG. 8.—Ténia ordinaria. (Moquin-Tandon, figura 137.)



FIG. 10.—*i*, *h*. Cabeza del botriocéfalo del hombre, aumentada seis veces y vista bajo dos aspectos.—*k*. Cabeza del botriocéfalo del rombo, aumentada doce veces corte al través dejando ver la disposicion de las ventosas laterales. (Davaine, fig. 20.)



FIG 11. Botriocéfalo del hombre tamaño natural; fragmentos tomados de distancia en distancia. El órden de las letras indica su situacion relativa, de la cabeza á la extremidad posterior: en *c*, *d*, *e*, *f*. el poro genital macho es visible.—*g*. últimos anillos enroscados hácia su extremidad. (Davaine, fig. 21.)

El botriocéfalo es en general menos largo que la solitaria; efectivamente solo esta puede llegar á tener 8 metros (9 $^1/_2$ varas) de larga y aun más, siendo así que el botriocéfalo rara vez pasa de 7 metros (8 $^1/_4$ varas). Otros autores aseguran haber visto lombrices de una y otra especie que tenian muchos centenares de metros; pero generalmente no se consideran estos hechos como auténticos.

§ II.—Sitio, frecuencia.

El *sitio* que ocupa habitualmente la ténia es hácia la parte superior del intestino delgado; algunas veces se ha visto esta lombriz en otras partes y principalmente en el estómago, sin que fuese posible cerciorarse de si habia tomado orígen en el intestino. Casi nunca hay mas de una sola, lo que ha sido causa de que se haya dado el nombre de *lombriz solitaria*.

Algunas veces sin embargo, las hay en gran número; pues en una masa expelida por una mujer á la que se le habia administrado un tenífugo, Colomies (1) pudo distinguir cinco cabezas de ténia acompañada cada una de una larga série de anillos, pero tambien se le ha designado con los de *lombricus latus*, *vermis cucurbitinus*, *tænia cucurbitina*, etc.

La *frecuencia* con que esta lombriz se presenta es muy diferente segun los diversos climas. La presencia de la solitaria parece escluir la del botriocéfalo.

§ III.—Causas.

Todas las edades son apropósito para padecer de la ténia. Entre doscientos seis enfermos observados por el doctor Wavruch (2), la edad variaba de tres años y medio á cincuenta y cinco años, y en las observaciones de Louis (3) habia un niño de doce años y un anciano de setenta y cuatro. Sin embargo, las mas veces se encuentra esta lombriz en los adultos, y la mayor parte de los enfermos observados por Wavruch tenian de quince á cuarenta años.

En el concepto de los mas de los autores está mas particularmente espuesto á ella el sexo femenino, y las investigaciones de Wavruch han venido á confirmar la opinion general. En efecto, se han encontrado setenta y un niños del sexo masculino y ciento treinta y cinco del femenino. Por el contrario el número de hombres ha sido un poco mayor en los hechos recogidos por Merat (4) y Louis; pero estas ob-

(1) Colomiès, *Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Toulouse* 1851-52.
(2) Wavruch, *Oest. med. Jahrb.*, 1841.
(3) Louis, *Du ténia et de son traitement par la potion Darbon (Memories ou recherches anat.-path.* Paris 1826).
(4) Merat, *Du ténia ou ver solitaire.* Paris 1832.

servaciones no son suficientes para contrarestar á las de Wavruch. No obstante, seria de desear que se hiciesen investigaciones sobre este punto.

En cuanto á la *constitucion* nada tenemos que añadir á lo que se ha dicho al hablar de las ascárides, sino que en las observaciones de Louis se dice que era buena en todos los sugetos. El mismo autor ha reconocido que todos sus enfermos habian usado una *alimentacion* sana y variada, y que por consiguiente todos estos hechos no vienen en apoyo de la opinion que atribuye la produccion de la ténia á la *dieta láctea*. El doctor Wavruch ha comprobado despues de Reinlein (1), que la *permanencia en las cocinas y en las carnecerías* era una causa de la solitaria, pues de doscientos seis enfermos, habia un cocinero, cincuenta y dos cocineras y muchos carniceros.

Las observaciones de Weisse (de S. Petesburgo) dan la mas grande probabilidad á esta última opinion; porque el tratamiento de la diarrea de los niños alimentados por carne cruda de buey es una causa frecuente de la *tænia solium* (2) la cuestion, sin embargo, no está resuelta.

¿Influye el *clima* en la produccion de la ténia? Esto es lo que no se puede decir, aunque esta lombriz sea muy frecuente en ciertos paises. Así es que, segun Odier (3), la cuarta parte de los habitantes de Ginebra tienen en el curso de su vida la solitaria, la que por otro lado es muy comun en todos los cantones de la Suiza. ¿Pero no se deberá acusar mas bien al *régimen* que al clima mismo? Es muy probable que así sea; pero lo que es muy digno de notar es que no se encuentran las dos especies de ténia indiferentemente en todos los paises. Así, pues, la solitaria se halla particularmente en la India, Egipto, Grecia, Francia, Alemania, Portugal y en la América septentrional, al paso que en Suiza, Polonia y Rusia, es casi siempre el botriocéfalo.

Davaine reasume de la manera siguiente la distribucion geográfica de las dos ténias en Europa.

»La *tænia solium* domina en donde no se encuentra el botriocéfalo. En Grecia, en Italia, en España, en Francia, en Austria, en Prusia y en Inglaterra.

»La ténia y el botriocéfalo son mas ó menos comunes en Holanda y en Suecia.

»El botriócefalo domina en donde no se halla la ténia: en Suiza en Rusia.

En fin, el botriocéfalo se le observa menos frecuentemente que la ténia: ocupa regiones limitadas principalmente á las orillas del

(1) Reinlein, *Animad. cirça ort., incrementum, causas, symptomata et curam tæniæ latæ in intestinis humanis, etc.* Vienne, 1811.

(2) Véase, Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses.* Paris 1869, p. 81 á 87.

(3) Odier, *Manuel de médecine pratique.*

mar, de ciertos lagos ó de ciertos rios. No se la conoce mas que en Europa.

§ IV.—Síntomas.

Los principales síntomas de la ténia son segun Davaine, aturdimientos, zumbido de oidos, trastornos de la vista, prurito de la nariz y del ano, la salibacion, los desórdenes del apetito y de las digestiones, cólicos, dolores en el epigástrio y en diferentes regiones del abdómen, palpitaciones, lipotimias, la sensacion de una bola en el vientre que se separa y sigue los movimientos del cuerpo, dolores y laxitud en los miembros, adelgazamiento.

En cuanto á la *invasion* no es siempre fácil el fijarla, en atencion á que se remonta á una época lejana, puesto que Louis ha visto enfermos que evacuaban fragmentos de lombriz desde los ocho, nueve y doce años, y algunos desde la primera infancia, además de que los enfermos solo refieren la invasion que por lo demás nada de particular ofrece, á la época en que arrojaron los primeros fragmentos.

El primer síntoma que conviene examinar son los *dolores de vientre*. Estos dolores consisten muchas veces en verdaderos *retortijones de tripas*; pero algunas otras son *sensaciones particulares*, tales como la de mordedura, succion y reptacion de movimientos ondulatorios, de tension ó peso en el abdomen, ó en un dolor indefinible que se siente por lo comun en los vacíos y alrededor del ombligo. En cuanto á los retortijones de tripas, ocupan una gran parte del abdomen. De cualquiera naturaleza que sean estos dolores son intermitentes, se reproducen con diversos intervalos, y los retortijones son ordinariamente frecuentes, á lo menos en ciertas épocas de la enfermedad, y aun en algunos casos se presentan de tarde en tarde, pudiendo ser considerable su intensidad. Se ha observado que en ciertos sugetos presentaba el abdomen una *tumefaccion* variable y limitada, que ocupaba con preferencia el ombligo.

Generalmente no acompaña á estos dolores ningun trastorno en las *funciones intestinales*. La diarrea en particular no es un síntoma de la ténia, y á escepcion de los fragmentos de lombriz que se encuentran en las deyecciones alvinas, no se observa ninguna otra cosa de notable. Los sugetos que no estan sometidos á ningun tratamiento, arrojan fragmentos de la ténia en muchas veces y con intervalos muy variables.

Un fenómeno que ha sido notado con cuidado por Louis, y que merece llamar la atencion del médico, es el *prurito en la márgen del ano*. Este autor dice que no le ha visto faltar mas que en tres casos de diez. Por el contrario, la *comezon de las narices* no se ha manifestado mas que en cuatro enfermos.

Se ha insistido mucho sobre el *estado del apetito* en los sugetos que tienen la ténia, hallándose muy generalizada la opinion de que

es insaciable el apetito en esta afeccion. Pero el exámen atento de los hechos prueba que se ha establecido como regla general, lo que no se observa mas que en un corto número de casos. En efecto, las mas veces se halla el apetito disminuido, y algunas veces no le hay. En ciertos sugetos se observan alternativas de aumento y disminucion; en otros el aumento del apetito es tal que los enfermos se ven obligados á comer á menudo, y no pueden hartarse; pero repito que estos casos son los menos frecuentes. Por último, en muchas ocasiones el apetito no sufre ninguna alteracion. Se ve pues que este síntoma es muy variable y que seria menester guardarse de buscar en él un signo diagnóstico positivo. La salivacion es muy frecuente.

Tambien algunos pocos sugetos suelen sentir algunos *dolores epigástricos;* pero lo que hay de mas notable en las observaciones de Louis es que estos dolores no se manifestaban sino en mujeres, y este autor se ve inducido á creer que la accion de los remedios violentos administrados era la principal causa, si no la única.

Todavía son mas raros los *vómitos*, y Louis solo los ha observado una vez: son algo frecuentes antes de la espulsion de las primeras porciones de la lombriz, pero se presentan rara vez despues.

La *cefalalgia* es un síntoma poco comun, pero puede ser notable por su duracion, puesto que dos de las mujeres observadas por Louis se quejaban de la cabeza hacía ya dos ó cuatro años.

«La mayor parte de los enfermos, dice este último médico, experimentaban hacia largo tiempo dolores vagos, *lasitudes* y algunas veces *calambres en las extremidades*. Estos dolores y estas lasitudes son á veces tan grandes que les obligan á suspender sus trabajos; muchos no podian entregarse á ellos sino con dificultad, y esta era la razon mas bien que otra alguna lo que les determinaba á ensayar un nuevo remedio.»

El mismo autor ha observado *zumbidos de oidos* únicamente en las mujeres, de las cuales una se quejaba de tener algo obscurecida la *vista*. Además, se ha reconocido que la *pupila* no estaba nunca dilatada ni contraida, lo que prueba que se ha hecho mal en presentar estos fenómenos como síntomas de la ténia, porque es un fenómeno muerto.

Otros autores han mencionado las *lipotimias*, los *vértigos*, el *entorpecimiento* que se acerca á la parálisis (1), el *temblor de los miembros*, las *convulsiones*, la *epilepsia*, los ataques de *histérico*, la *catalepsia*, la *corea* y aun la *paraplegia*, etc.; pero estos diversos trastornos nerviosos no se han observado mas que en casos aislados, de suerte que no son de la mayor importancia. Sin embargo, era bueno indicar la posibilidad de su aparicion, porque en algunos casos han desaparecido estos síntomas despues de la espulsion de la

(1) Moll, *Oesterreich medizinisches Jahrbuch*. Wien, Band XXVIII.

lombriz. Por último, hay cierto grado de *languidez*, *palidez de la cara* y un *poco de enflaquecimiento*, fenómenos que apenas se observan sino en una época avanzada de la enfermedad, y cuando los fragmentos espelidos de esta lombriz completan este cuadro sintomático.

§ V.—Curso, duracion y terminacion.

Ya hemos visto mas arriba que el principio de la enfermedad podia remontarse á una época muy lejana y aun á la primera infancia; pero en todos los casos, hay ciertas épocas en que los síntomas adquieren mayor intensidad. En efecto, se ven sugetos que no las presentan sino á intervalos muy largos. Por consiguiente, bajo este aspecto no se diferencia sensiblemente el *curso* de la enfermedad del de las *ascárides lumbricoides*. No obstante conviene advertir que los síntomas son mas contínuos en la ténia. En cuanto á la *duracion*, es casi inútil decir que es indeterminada, y que si no se emplean remedios eficaces, la ténia puede durar toda la vida. Nunca ha sido fatal la *terminacion*, á lo menos no se han citado estos ejemplos de accidentes mortales que hace tan grave la existencia de las *ascárides lumbricoides*. Sin embargo, ya he mencionado mas arriba los síntomas funestos que algunas veces se han observado.

Hasta el presente no se ha señalado ninguna *lesion patológica* que pueda atribuirse con alguna confianza á la ténia.

§ VI.—Diagnóstico.

Segun confiesan los principales autores que se han ocupado particularmente de la ténia, no hay otro signo diagnóstico que tenga verdadero valor, sino la espulsion de la lombriz.

Un largo malestar con enflaquecimiento y desórdenes del apetito, sin síntomas de una enfermedad orgánica, de diabetes etc., la gastralgia, cólicos frecuentes sin diarrea, con prurito en la nariz ó en el ano; algunos de estos síntomas, acompañados de calambres, de dolores en los miembros, de laxitud general, etc., ó de algun fenómeno insólito, extraordinario, indican casi con certeza la presencia de la lombriz solitaria, si datan de muchos meses ó de muchos años, y se presentan por accesos irregulares (1). A estos síntomas se añade la presencia de fragmentos de lombrices en las deposiciones.

Sin embargo, hay una circunstancia que puede servir, si no para fijar el diagnóstico, á lo menos que hace probable la existencia de la enfermedad, que es la edad de los enfermos. En los adultos se deberá creer que existe mas bien la ténia, y en los niños las ascárides. Sería

(1) Davaine, *Entozoaires*, p. 109.

de desear que se emprendiese un trabajo sobre los síntomas producidos por esta última lombriz, de modo que nos suministrasen mejor punto de comparacion. En cuanto á los *oxiuros*, ya hemos visto que no producen dolores cólicos, sino una comezon muy fuerte en el ano, además de que se los puede percibir examinando atentamente esta parte. Por último, sabemos que no se puede asignar á los *tricocéfalos* ningun síntoma que les pertenezca en propiedad. La falta de deyecciones líquidas impedirá que se confundan los síntomas de la ténia con los de la *enteritis*, y la comezon alrededor del ano y en las narices servirá para distinguirlos de los de la *enteralgia*. No llevaré mas adelante la esposicion de este dignóstico que requiere estudiarse mucho.

§ VII. —Tratamiento.

El punto capital consiste en la expulsion de la cabeza de la lombriz.

Vomitivos y purgantes.—Por lo general no se han administrado los vomitivos y los purgantes mas que para favorecer la accion de otras sustancias consideradas como específicas. Los primeros, que no son recomendados sino por muy pocos autores, no merecen que nos detengamos en ellos. En cuanto á los segundos haré mencion de la *jalapa*, del *acíbar* y del *aceite de ricino*, que constituyen parte de un gran número de fórmulas ó de métodos diversos, pero que no se han empleado solos contra la ténia. No sucede lo mismo con el *aceite de croton tiglio*, alabado por Puccinotti (1). *Dos ó tres gotas de este aceite*, dadas diariamente en píldoras, han bastado algunas veces para espeler la ténia. Pero este tratamiento está lejos de tener la eficacia de otros muchos que voy á indicar, y esta es la razon porque no se considera en general al aceite de croton mas que como un simple medio auxiliar. El doctor Grisholm (2) ha recomendado el *vino de cólchico*, y este médico ha citado un ejemplo de espulsion de una ténia por este medicamento dado á la dósis de *tres cucharadas de té en las veinticuatro horas*; pero los demás médicos apenas han usado esta sustancia.

Mercuriales.—Muchos prácticos han usado las preparaciones mercuriales, y en particular los *calomelanos;* pero estos medicamentos, ¿obran solo como purgantes? Esto es lo que no me parece probable. Por lo demás es preciso decir que jamás se han limitado al uso exclusivo de estos medios.

Desault (3) ha recomendado las *fricciones mercuriales* al mismo

(1) Puccinotti, *Ann. univ. di medicina Milano*, Abril 1825.
(2) Grisholm, *The London med. Repos.*, 1824.
(3) Mérat, *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, 1821, t. LIV, p. 249, art. TÉNIA.

tiempo que los calomelanos al interior, y Rathier ha unido esta preparacion mercurial á otras sustancias, así como sigue:

R. Sabina en polvo......	1 gram.	Aceite esencial de tanaceto... 60 centíg.
Simiente de ruda.....	75 centig.	Jarabe de flores de melocoton. C. S.
Calomelanos.........	50 centíg.	

Se toma en dos veces, una por la mañana y otra despues del mediodia.

Helecho.—Se ha usado principalmente este medicamento en el célebre método de Nouffer (1), que es casi semejante al que habia ya propuesto Herrenschwand, y del cual se encuentra un extracto en el *Diccionario de ciencias médicas*. Hé aquí cuál es el de Nouffer:

Método de Nouffer.—Siete horas despues de comer, se hace tomar al enfermo una *sopa* compuesta de este modo: 750 gramos (23 onzas) de agua, 60 ó 80 gramos (2 á 2 1/2 onzas) de manteca de vacas fresca y 2 onzas de pan cortado en pedacitos; todo lo cual se meneará hasta que esté bien mezclado. Si el enfermo no hubiese hecho ninguna deposicion ese dia, tomará un cuarto de hora ó media hora, despues de la sopa, una *lavativa de agua de malvabisco*, añadiendo un poco de *sal comun* y 30 gramos (1 onza) de *aceite de olivas*. Al dia siguiente por la mañana se administra el medicamento que sigue:

R. Raiz de helecho macho en polvo muy fino.................... 16 gram.
Agua destilada de helecho macho ó de flores de tilo..... 120 á 180 gram.
Se toma de una sola vez.

Si el enfermo tiene náuseas puede introducir en su boca alguna sustancia aromática, pero no tragarla. Si á pesar de todas estas precauciones se vomitase el polvo, se debe administrar inmediatamente otra dósis. Dos horas despues de haber tomado el polvo se dará el purgante siguiente:

R. Calomelanos	aa 60 centíg.	Gutabamba................ 60 centíg.
Raiz seca de escamonea.........		Confeccion de jacintos...... C. S.

Hágase un bolo de mediana consistencia, y se toma de una vez.

Inmediatamente despues se da al enfermo una ó dos tazas de té verde ligero, que se continuará tomando hasta que se expela la lombriz. Si no fuese suficiente el bolo para purgar se prescribe de 8 á 32 gramos (2 dracmas á una onza) de *sulfato de magnesia*.

Si la lombriz no sale toda entera de una vez, sino en parte, no se procederá á extraerla, sino que el enfermo continuará sentado en el servicio hasta que caiga de por sí, y se podrá dar para favorecer

(1) Nouffer, *Journal de médecine*, t. XLIV, et *Précis du traitement contre le ténia, etc.* Paris, 1775.—Véase tambien Mérat et Delens, *Dictionnaire de matière médicale*, t. III, p. 285.

su expulsion una nueva dósis de sulfato de magnesia. Aunque no se haya arrojado la lombriz no por eso se ha de impedir al enfermo que haga la comida siguiente, porque esto no obsta á su expulsion, aunque rara vez. Pero si al dia siguiente no ha sido arrojada, es necesario volver á empezar el tratamiento exactamente como en la víspera.

El método de Herrenschwand apenas se diferencia del que se acaba de indicar, mas que en que este médico, lejos de considerar al helecho macho como el mas útil, no le administraba sino á falta del *helecho hembra*.

Muchos autores han adoptado el uso del *helecho*, prefiriendo el del *macho*, á pesar de la opinion de Herrenschwand. Entre ellos puedo citar á Rudolphi, Richter, Renaud, Bourdier, Meyer, Vogel, etc.; pero es preciso mencionar particularmente el tratamiento recomendado por el doctor Peschier. Hé aquí como este médico administra esta sustancia (1).

Método de Peschier.

R.	Estracto etéreo de helecho macho...........	1,25 gram.
	Raiz de helecho macho en polvo............	0,60 gram.
	Conserva de rosas.........................	C. S.

Háganse quince píldoras.
Se toman por la noche, con intervalo de media hora.

Al dia siguiente se administra un purgante. Posteriormente ha recurrido Peschier al *aceite etéreo de helecho*, que es una *oleoresina* que resulta de la destilacion de la tintura etérea, y se la administra entre hostias á la dósis de 2 á 8 gramos (de $^1/_2$ á 2 dracmas), segun la edad. Dos horas despues se dan de 45 á 60 gramos (de $^1/_2$ á 2 onzas) de aceite de ricino.

Muchos médicos alemanes han comprobado los buenos efectos de este método.

Budd (2) dice haber empleado el mismo medicamento con mucho éxito. Administra 6 gramos de aceite etéreo de helecho macho en 25 gramos de agua, añadiéndole un poco de goma tragacanto, y 30 gramos de aceite de ricino dos horas despues. En un solo caso se ha visto obligado á repetir la medicacion al dia siguiente por no haber sido expulsada la cabeza de la ténia. Un medio bien sencillo, consiste en hacer tomar cada mañana, durante ocho dias, ocho á diez gramos de raiz de helecho macho en polvo, en una infusion de tilo de 120 gramos: dos horas despues se toma 15 á 20 gramos de aceite de ricino.

(1) Peschier, *Notice sur l'huile de fougére mâle contre le ténia (Revue médicale*, Paris, 1825, t. IV, p. 268).

(2) Budd, *Bons effets de l'huile éthérée de fougére mâle contre le ténia (The Lancet, et Bulletin générale de thérapeutique*, 15, Abril, 1851).

Raiz de granado.—La corteza de la raiz de granado es uno de los remedios que mas generalmente se usan en la actualidad, y conocido desde muy antiguo, puesto que Dioscórides, segun refiere Merat, habla de él de una manera precisa. Ha estado abandonado durante mucho tiempo, hasta que habiendo observado Buchanan (1) los buenos efectos de este medicamento, usado en la India desde tiempo inmemorial, dió á conocer sus virtudes antihelmínticas. Despues alabaron sus propiedades otros muchos médicos, y en particular Fleming y Breton (2). Por último, Merat hizo sobre él interesantes investigaciones, y desde esta época varios prácticos han referido los resultados favorables de su experiencia. Hé aquí, segun Merat (3) cómo se debe administrar la raiz de granado.

Sin preceder ninguna preparacion, se hace tomar al enfermo el cocimiento siguiente:

R. Corteza fresca de raiz de granado cultivado........ 60 gram.
Agua.. 750 gram.

Se cuece hasta que se reduzca á 500 gramos (una libra), y se toma en tres dosis con una hora de intervalo.

Una circunstancia muy importante para asegurarse del efecto del medicamento es el no hacerle tomar sino cuando el enfermo está arrojando anillos de ténia.

No puedo menos de añadir que casi todos los autores aconsejan dar de 50 á 60 gramos (1 $^1/_2$ á 2 onzas) de *aceite de ricino*, ya antes de la administracion de la corteza del granado, ya despues ó en ambas épocas.

Algunas veces se prescribe el *cocimiento vinoso* de esta raiz, que se ha asociado tambien á otras sustancias; pero es imposible saber si estas preparaciones tienen mas ventajas que la precedente.

Sin entrar en mayores pormenores acerca del uso de esta sustancia, cuya eficacia es indisputable por mas que se citen casos en que ha sido ineficaz, decimos que el método de Merat es el que se debe recomendar mas particularmente, porque este médico ha referido un gran número de casos en su favor, y porque Legendre (4) siempre ha obtenido con él los mas felices resultados.

Deslandes ha propuesto dar (5), no el cocimiento de la raiz del granado, sino el *extracto alcohólico*, y segun él, esta preparacion

(1) Buchanan, *Edinburgh med. and. surg. Journal*, t. III.

(2) P. Breton, *On the efficacy of the bark of the pomegranate tree in cases of Tænia* (*Med. chir. Trans.*, London, 1821, t. XI, p. 301).

(3) Mérat, *Du ténia ou ver solitaire, et de sa cure radicale par l'écorce de racine de grenadier*. Paris, 1838, in-8.

(4) Legendre, *Observations propres á éclairer les symptômes nerveux que détermine le ténia (Archives générales de médecine*, 1850, 4.ª série, t. XXIII).

(5) Deslandes, *Note sur l'emploi de l' extrait de l'écorce de grenadier contre le ténia (Bulletin générale de thérapeutique*, 1833, t. IV, p. 5).

tomada á la dósis de 24 gramos (6 dracmas) es mas eficaz que el cocimiento; pero aun no está suficientemente probado este hecho.

Por último, algunos médicos han recurrido á la *raiz del granado silvestre*; pero la raiz del granado cultivado es bastante eficaz para que nos limitemos á su administracion.

Estaño.—Despues de los dos medicamentos que se acaba de indicar, el estaño es el que ha estado mas en voga. El modo de administrarle varía mucho, y casi siempre se ha unido este metal á otras sustancias, cuya eficacia es evidente en la curacion de la ténia. Los *polvos de Guy* es una de las preparaciones mas acreditadas, cuya fórmula es como sigue:

R. Limaduras de estaño..	210 gram.	Flores de azufre............	4 gram.
Mercurio vivo........	30 gram.		

Tritúrese en un mortero hasta que se reduzca á polvo muy fino. Se toma de 1 á 1 1/2 gramos (de 20 á 30 granos) al dia.

Fouquier une el estaño con la jalapa en la fórmula siguiente:

R. Estaño granulado y porfirizado........	30 gram.	Estracto de artemisa.........	4 gram.
Jalapa en polvo......	4 gram.	Jarabe de achicorias..........	C. S.

Hágase electuario. Se toma en doce ó quince veces de media en media hora.

Fácil fuera multiplicar las fórmulas, aunque sin ninguna utilidad, por lo cual me limito á añadir una, que es la mas sencilla de todas, y que permite apreciar con mas exactitud los resultados del estaño.

R. Estaño pulverizado..	1,25 gram.	Miel espumada.............	C. S.

Hágase electuario. Se toma de una vez por la mañana. En los adultos robustos se puede duplicar y aun triplicar la dósis.

Eter sulfúrico.—Este medicamento forma la base de un método particular, que se llama *método de Bourdier*, en el cual entra tambien el helecho macho. Este médico le prescribia asi:

Método de Bourdier.—Por la mañana en ayunas se tomará:

R. Eter sulfúrico...........	4 gram.	Cocimiento cargado de raiz de helecho macho.............	1 vaso.

Una hora despues se administrará:

Aceite de ricino...........	60 gram.	Jarabe de goma............	40 gram.

Mézclese.

Generalmente hay que repetir la dósis al dia siguiente, y algunas veces al tercer dia. Cuando se siente la lombriz en el conducto

intestinal, se debe añadir á los remedios precedentes el enema que sigue:

R. Eter sulfúrico......... 8 gram. | Cocimiento de raiz de helecho macho.................... C. S.

El éter sulfúrico, encomiado igualmente por Alibert (1), forma parte de otros muchos métodos.

Aceite empireumático de Chabert.—Aquí volvemos á hallar un medicamento del que hemos hablado en el tratamiento de las ascárides lumbricoides y que generalmente se prescribe á la dósis de *una* ó *dos cucharadas de café* al dia en media cucharada de jarabe de flor de naranjo. Bremser le asocia á su *electuario vermífugo* y á su *purgante;* pero estos medios no se diferencian bastante de los que se usan contra las ascárides, para que convenga exponerlos en este lugar.

Cousso.—Hace algunos años que Estanislao Martin (2) publicó una nota acerca de las propiedades antihelmínticas del Kouso ó Kwoso (flores de la *Brayera antihelmintica)*; sustancia usada desde tiempo inmemorial en Abisinia. Mas recientemente Aubert Roche ha presentado á la Academia de Medicina para que se experimentase, flores de cousso traidas por Rochet de Hericourt; y Merat (3), en el informe que ha dado sobre este asunto, ha referido las observaciones mas convincentes en favor de este tratamiento que produce la espulsion completa de la lombriz en muy poco tiempo y sin dolores de vientre. Solo una cuestion ha dejado Merat sin resolver, que es la de las recidivas, porque solo el tiempo puede hacerlo. El modo de administrar el cousso es muy sencillo:

R. Cousso............... 15 gram. | Agua hirviendo...... 250 á 300 gram.

Infúndase por espacio de diez minutos. Se toma de una vez sin colar la infusion y tragándose la sustancia medicinal.

Tambien se logran felices resultados dando el cousso desleido en suficiente cantidad de agua.

Pruner-Bey (4) dió á conocer un nuevo específico que, como el Cousso, crece en Abisinia: es la *corteza del árbol Musena*, que se administra en bolos á la dósis de 60 gramos, mezclado con la comida en picadillo y ligeramente cocida. El enfermo no debe tomar alimento desde la mañana hasta la noche, escepto un poco de arroz; al dia siguiente la ténia es espulsada sin diarrea. Citaremos tambien

(1) Alibert, *Nouveaux éléments de thérapeutique*, t. I.
(2) St. Martin, *Sur les fleurs de kwoso et ses propriétés ténifuges (Bulletin générale de thérapeutique*, 1840, t. XVIII, p. 315).
(3) *Mém. de l' Ac. de médecine*, t. IX, p. 689.—*Bull. de l' Ac. de médecine*, t. VI, p. 492, t. XII, p. 690.
(4) Pruner-Bey, *Ecorce de l'arbre Mucenna employée contre le ténia (Neve medicinische chir. Zeitung. et Gazette médicale de Paris*, Diciembre 1851, p. 822).

la *kamala*, sustancia resinosa producida por las cápsulas del fruto del *Rottlera tinctoria*, árbol que crece en la India, China, etc.: la santonina; la *saoria*, fruto maduro y desecado del *Mæsa-picta*; el *tatzé*, fruto del Myrsina africana. Todas las indicaciones útiles de estos medicamentos se hallan en el *Tratado de los entozoarios* de Davaine.

Las *semillas de calabaza* fueron ventajosamente empleadas en Méjico por Jourdanet. Se empieza por uno ó dos dias de dieta. La víspera se toma un purgante con 40 gramos de aceite de ricino. Se prepara la medicina de este modo: se limpian y machacan de 50 á 60 gramos de pepitas frescas de calabaza, se las reduce con azúcar á una pasta que se deslíe en un vaso de agua, para tomar por la mañana en ayunas. Despues de esto se bebe un vaso de leche y dos horas mas tarde se toman 40 gramos de aceite de ricino (1).

Brunet obtuvo la expulsion de dos ténias completas, por el uso de la pasta de semillas de calabaza preparada del modo siguiente:

R.	Semillas de calabaza triturada....................	45 gram.
	Azúcar..	45 gram.

Tómese una dósis por la mañana, repitiéndola por algunos dias.

Este médico obtuvo tres curaciones por medio de este tratamiento tan inofensivo y poco costoso. Tambien ha obtenido buen éxito en el que no solo obtuvo con la corteza de raiz de granado: mas tambien hubo casos, aunque pocos, que de nada sirvió.

Sarramea ha citado dos curaciones por el mismo método.

Tales son las principales sustancias que se han usado, á las que aun pudiera añadir el *opio* (2), los *ferruginosos* (3), la *asa fétida* (4), el *ácido carbónico*, las *almendras amargas* (5), la *electricidad* (6) y aun la *solucion arsenical de Fowler* (7), la *nuez vómica* (8) y el *ácido prúsico*; pero la experiencia no ha sancionado bastante el uso de estos medios, entre los que hay algunos muy peligrosos. Vamos á dar á conocer algunos otros métodos particulares, que comprenden varios de los medicamentos que hemos revisado. Mathieu, farmacéutico de Berlin, trataba la solitaria del modo siguiente:

Algunos dias antes de usar los electuarios que van á indicarse, se recomienda un *régimen* compuesto de caldos, de sopas de aceite, sopas ligeras, legumbres y sustancias saladas.

(1) Debout, *de la valeur de la pâte des semences de citrouille contre le ténia (Bulletin therapeutique*, 1852, p. 282, Marzo 1863). Reveil, *ouvr. cité, p.* 276.
(2) Brefeld, in *Hufeland's Journal*, 1805.
(3) Bremser, *Traité des vers intestinaux*. Paris, 1837, p. 455.
(4) Mellin Schwartz, *ibid.*, t. XII.
(5) Hufeland.
(6) Fricke, in *Med. chirurgische Zeitung*, 1795.
(7) Fischer, *Med. papers comm. to the Massach. med. Soc.* Boston, 1806.
(8) Hufeland.

Despues se administra *cada dos horas*, y por *espacio de dos ó tres dias*, una *cucharada de café* del electuario siguiente:

R. Limaduras de estaño.. 30 gram.	Jalapa................ } aa 4 gram.
Raiz fresca de helecho	Sulfato de potasa....... }
macho .... 25 gram.	Miel........................ C. S.
Santónico .... 15 gram.	

Al cabo de este tiempo se pasa á la administracion de un segundo electuario que se prescribe de la misma manera, y que se compone así:

R. Jalapa.........} aa 2,50 gram.	Gutagamba............... 0,50 gram
Sulfato de potasa }	Miel..................... C. S.
Escamonea............... 1,25 gram.	

En el momento que se verifica la espulsion se dan algunas cucharadas de aceite de ricino para facilitarla.

El doctor Dupuis de Maguncia (1) ha recomendado una preparacion que dice que constantemente le ha producido buenos resultados, y que creo oportuno darla á conocer.

El enfermo toma á las seis de la mañana (sin que haya necesidad de régimen ni de dieta preservativa) la mitad de los polvos siguientes envueltos en hostias:

R. Limaduras de estaño	Gutagamba.............. 0,50 centg.
inglés.......... 1,25 gram.	Oleosácaro de cajeput...... 0,25 centg.
Tanino puro........ 0,50 gram.	

Mézclese, pulverícese y divídase en dos papeles iguales.

Media hora despues de haber tomado el primero, el enfermo toma el segundo.

Si el volúmen de los polvos pareciese demasiado grande, se pudiera suprimir sin inconveniente el oleosácaro.

El enfermo toma despues de cada uno de los papeles, dos tazas de café muy fuerte sin azúcar. Si sobreviniesen náuseas se le dan algunas gotas de éter acético.

Al cabo de dos horas se sienten retortijones de vientre, con los que se espele la lombriz, sin estar por lo comun dividida en muchas partes. El enfermo debe tomar de nuevo café negro muy fuerte inmediatamente que siente los retortijones.

Despues de la expulsion de la ténia, que el autor ha logrado así en diez casos, ha creido conveniente emplear un tratamiento tónico. Con este fin hacia tomar con vino cierta composicion, en la cual entra la tintura de hierro y la de quina.

Se ve, pues, que en este método se hace uso del *santónico*, que se emplea mas particularmente contra las *ascárides*.

(1) Dupuis, *Formule contre le ténia (Dietrich's neue med. Zeitunng*, 1845, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, Agosto 1845, p. 76).

El método del doctor Schmitd, comprado como el precedente por el gobierno Prusiano, y que Casper ha hecho público, merece que se haga mencion de él, porque contiene algunas sustancias particulares, y entre otras la *asa fétida* y la *digital*.

Se da por la mañana dos cucharadas de la mezcla siguiente:

R. Raiz de valeriana oficinal en polvo.... 2,40 gram.
Hojas de sen.............. 8 gram.

Háganse con ellas 180 gramos (6 onzas) de infusion y añádase:

Sulfato de sosa........... 12 gram.
Jarabe de maná........... 60 gram.
Oleosácaro de tanaceto...... 8 gram.
Mézclese.

En seguida se continúan administrando dos cucharadas de esta mezcla cada dos horas hasta las siete de la tarde. En los intervalos se hará beber mucho café preparado con agua muy endulzada, y no se permitirá por alimento mas que una ligera sopa y un poco de arenque salado. El resto del régimen se compone de alimentos excitantes y de mucho azúcar.

Al dia siguiente se hace tomar desde las seis de la mañana, con intervalos de una á dos horas, hasta que se verifique la expulsion de la lombriz, las píldoras siguientes:

R. Asa fétida.........
Extracto de grama.. } aa 12 gram.
Gutagamba........
Ruibarbo..........
Raiz de jalapa en polvo............ } aa 8 gram.
Hojas de digital purpúrea............ aa 0,60 gram.
Ipecuana en polvo..
Azúfre dorado de antimonio pulverizado............ } aa 0,60 gram.
Calomelanos.......... 50 centg.
Aceite etéreo de tanaceto..........
Aceite de anís..... } aa 15 gotas.

Hagánse píldoras de 30 centígramos (6 gramos). Se toman seis de cada vez en una cucharada de café de jarabe.

Media hora despues de la primera dósis se da una cucharada de aceite de ricino, y durante el dia gran cantidad de café bien azucarado. Siempre es bueno que el enfermo continúe tomando una ó dos cucharadas los dias siguientes.

El *método de Vürtemberg* tiene por sustancias activas la *raiz de helecho macho*, los *calomelanos* y algunos *purgantes*. El *de Siemierling* (1) que abraza muchos pormenores, tiene tambien por principal medicamento el *helecho macho*, al cual agrega *aceite de ricino* y el de *trementina*.

El doctor Manlucci (2) ha obtenido la expulsion de una ténia administrando á un niño de cinco años 15 centígramos (3 gramos) de

(1) Siemerling, *Hufeland's Journal des practischen Heilkunde*. Berlin, t. LXXI.
(2) Manlucci, *Ténia expulsé par l' usage de la ciguë* (*Il filiatre Sebezio*, extrait dans la *Gazette médicale de Paris*, 1845, p. 605).

cicuta pulverizada; pero este medicamento puede causar accidentes graves.

Réstame ahora decir dos palabras de un remedio secreto administrado en los casos observados por Louis, y cuyos excelentes efectos ha comprobado de un modo riguroso este médico, cual es la *pocion de Darbon*.

En vista de lo que precede no podemos menos de desear que llegue á ser permitido su uso y conocido de todos.

Como ya he dicho en uno de los pasages precedentes, puede suceder que salga por el ano una porcion de la ténia, quedando contenido en el intestino el resto de la lombriz, y ya se ha visto que en semejante caso están unánimes todos los autores en recomendar que no se haga sobre ella la menor traccion para favorecer esta *expulsion incompleta*, sino que continúe el sugeto sentado en el servicio, haciendo esfuerzos de defecacion. Segun Brera, el tirar de la lombriz tiene inconvenientes muy graves. Este autor aconseja *atar la pocion espelida* con una hebra de seda, y hacer tomar al enfermo una pocion laxante, continuando sentado en una silla horadada ó en un servicio hasta que la arroje completamente.

Otro accidente que merece indicarse, y que la mayor parte de los médicos que se han ocupado de la ténia han observado en el momento de la expulsion, es una lipotimia precedida de ansiedad precordial, que se termina las mas veces por el vómito. Este accidente no debe inspirar temores, porque ha probado la experiencia que se disipa rápidamente, y segun Brera, basta para combatirle hacer respirar *ácido acético*. Ya hemos visto que no se presentaban accidentes de esta especie administrando el *remedio de Darbon*. Tambien podemos añadir que tampoco se manifiestan despues de la administracion del *cousso*.

Resúmen.—Los medios que se emplearon con mas ventaja son el *cousso*, la *corteza de raiz de granado*, administrada segun el método de Merat, la *pasta de simiente de calabaza*. Estos dos últimos medicamento son de uso seguro y poco costosos.

Vómitos, purgantes, preparaciones mercuriales; método de Beck, raiz de helecho; método de Novffer; método de Peschier, raiz de granado; método de Merat, cousso, corteza del árbol Musena, estaño, éter sulfúrico; método de Bourdier, aceite empireumático de Chabert, medios diversos, metodo de Mathieu, método de Schmidt y remedio de Darbon.

LIBRO OCTAVO.

ENFERMEDADES DE LOS ANEJOS DE LAS VIAS DIGESTIVAS.

Bajo el nombre de anejos comprendemos el *hígado*, el *bazo*, el *páncreas* y el *peritoneo*. Las enfermedades de cada uno de estos órganos serán objeto de un capítulo particular.

CAPÍTULO I.

ENFERMEDADES DEL HÍGADO.

Ocupándonos desde luego de las formas mas simples, cuya etiología es mas fácil de establecer y pasando en seguida á las formas mas complejas, describirémos en este capítulo: la *congestion sanguínea* ó *hiperencia del hígado*, la *inflamacion del hígado*, sus formas aguda y crónica y sus diversos modos de terminacion. Nos detendremos especialmente en las formas bajo las cuales se manifiesta la diátesis sifilítica. En seguida vendrán los artículos consagrados á los *abscesos del hígado*, á la *atrofia aguda*, á la *hepatitis difusa* y *parenquimatosa*, á la *hipertrofia del hígado* y á la *atrofia crónica*.

El artículo VII se consagrará á las *producciones patológicas* de nueva formacion, las cuales tienen poca importancia para la práctica médica, porque producen poca alteracion en las funciones del órgano y en la salud general. No nos detendremos en ellas. Las otras, como los quistes hidatídicos y los equinócocos, no solamente producen perturbaciones locales y generales numerosas, sino que amenazan la existencia. Las últimas tienen gran importancia bajo el punto del diagnóstico y del tratamiento, por tanto fijaremos en ellas nuestra atencion. En el último capítulo se tratará de las enfermedades de los vasos del hígado.

ARTÍCULO I.

CONGESTION SANGUÍNEA Ó HIPEREMIA DEL HÍGADO.

El hígado, órgano eminentemente vascular, se congestiona frecuentemente bajo la influencia de las enfermedades que desarreglan

la circulacion; en este caso la hiperemia no es mas que un síntoma, cuyo estudio pertenece á la patologia general. Sin embargo, otras congestiones pueden nacer primitivamente bajo la influencia de causas directas, y pertenecen al rango de las enfermedades. ¿Conviene no estudiar sino las últimas? No, seguramente; porque las unas y las otras determinan accidentes que importa tomar en consideracion, y además reclaman con frecuencia un tratamiento particular, aun en el caso de que sean sintomáticas.

Tomaremos del libro de Frerichs, profesor en la Universidad de Berlin (1), los detalles que siguen, simplificando sin embargo un poco su clasificacion.

Hiperemia hepática.—Causas.—El hígado por su posicion y por su estructura, debe estar expuesto más que ningun otro órgano á los trastornos de la circulacion. Todo obstáculo á la progresion de la sangre á través del corazon ó de los pulmones, todo aumento de aflujo sanguíneo en el sistema de la vena porta, se vuelve para el hígado, una ocasion de congestiones mas ó menos permanentes.

En primera línea, como causas, hallamos las *afecciones del corazon* y las de los *órganos respiratorios*. La respiracion, en efecto, por la influencia que ejerce en la circulacion en general, y por la impulsion que los movimientos del diafragma comunican al curso de la sangre en el hígado, juega un papel considerable en la historia de las hiperemias hepáticas. En segundo lugar podremos colocar toda causa que tienda á aumentar el aflujo sanguíneo hácia el hígado, por ejemplo el *trabajo de la digestion.*

En el mismo órgano, ó en *ciertas modificaciones suyas*, hallaremos aun causas capaces de provocar el éxtasis sanguíneo. Así es que las lesiones de las paredes de la vena porta, de las arterias y venas hepáticas, y aun ciertas perturbaciones nerviosas modifican la contractilidad de estos vasos. Segun los experimentos de Claudio Bernard, la *picadura de ciertos puntos de la médula oblongata*, la *excitacion eléctrica* de la extremidad central del nervio vago cortado, las *contusiones de la cabeza*, el *envenenamiento por el envase* producen la tumefaccion hiperémica del hígado. Estudiemos las principales especies de hiperemias debidas á estas influencias diversas.

Estagnacion ó éxtasis hiperémico.—Causas.—Las enfermedades del corazon, sobre todo aquellas que entrañan la acumulacion de sangre en la vena cava, las afecciones pulmonales, como el enfisema, la induracion del pulmon, el encogimiento de la caja torácica, un derrame considerable en la pleura, están casi siempre acompañadas de hiperemia del hígado. En efecto, en estas circunstancias

(1) Frerichs, *Traité practique des maladies du foie et des voies biliaires* de l'allemadd par Duménil et J. Pellagot, 2.ª édition, revue et corrigé additions nouvelles de l'auteur. Paris, 1866.

la axpiracion es incompleta, la sangre se acumula en las venas cava y hepáticas, y difícilmente sale de los capilares de la vena porta. Entonces los ramos que provienen de las venas hepáticas, incesantemente llenas, llegan á dilatarse poco á poco y se hipertrofian. Despues el éxtasis se propaga al aparato de la vena porta, y en seguida á los órganos de donde emana este vaso. De aquí resultan una série de desórdenes en su nutricion y en sus funciones.

Síntomas.—Uno de los primeros síntomas es una sensacion de peso y de compresion en el hipocondrio derecho; al mismo tiempo aparece un catarro gástrico mas ó menos intenso, que con bastante frecuencia va acompañado de una ligera ictericia. La percusion y la palpacion dan fácilmente á conocer que la glándula ha aumentado de volúmen. Esta hipertrofia crece ó disminuye, segun que el desórden circulatorio se vuelve mas ó menos considerable, mientras un acceso de disnea, llevado hasta la cianosis, la matidez aumenta en poco tiempo muchos centímetros. La superficie del órgano permanece aun lisa y resistente; mas tarde se vuelve granulosa y desigual. Al cabo de cierto tiempo el volúmen del hígado disminuye, y esta disminucion es tanto mas rápida, cuanto mas intenso sea el éxtasis, y la anemia esté mas pronta á desenvolverse.

Las funciones digestivas sufren bien pronto la influencia de los trastornos sobrevenidos en la circulacion de la vena porta. Se nota dolor y tension en la region epigástrica, inapetencia, etc.; alguna vez tambien están tumefactas las venas hemorroidales. De ordinario los enfermos están extreñidos, rara vez tienen diarrea (4 veces sobre 20). La orina, poco abundante y espesa, contiene casi siempre pequeñas cantidades de albumina y alguna vez de picmento biliar.

Estos accidentes están acompañados y dominados por los que pertenecen á la enfermedad principal, que tiene por asiento el corazon ó el pulmon.

Tratamiento.—La estagnacion ó éxtasis hiperémica del hígado no siendo mas que la consecuencia de una afeccion anterior, que la tiene bajo su dependencia, no es ella, sino la especie de esta última si el objeto de atenderla es definitiva ó solamente provisional. Ordinariamente la cura no es mas que paliativa, y su objeto es disminuir tanto como sea posible la gran plenitud de la vena porta.

Los medios mas propios para obviar una tumefaccion considerable del hígado, con dolor en el hipocondrio derecho, son los purgantes salinos, suaves, cuya accion se sostiene por el uso contínuo de la infusion de ruibarbo. Las aguas alcalinas tienen tambien una accion benéfica, cuando los desórdenes circulatórios no son muy pronunciados, pues si lo son no pueden soportarse. Es necesario evitar su uso, cuando comienza la hidropesía; se recurrirá entonces á las infusiones amargas, como la de ruibarbo, áloes, etc., á las cuales se añadirán pequeñas dósis de éter ó de algun medicamento aromático en el caso que haya timpanitis.

Se debe tener cuidado de no producir un daño sério en las funciones digestivas por el uso muy prolongado de la digital.

Hiperemia congestiva dependiente del estado de los órganos digestivos.—Causas.—En el estado normal y en las condiciones de la salud mas perfecta, la cantidad de sangre contenida en el hígado aumenta ó disminuye segun los diversos períodos porque pasa el trabajo digestivo. Cuando este trabajo comienza, la sangre afluye hácia la glándula hepática, mas esta hiperemia normal no tarda en hacerse patológica, cuando á los alimentos se añaden con frecuencia, ó en cantidad excesiva, agentes excitantes, como el alcohol, la pimienta, la mostaza, el café muy fuerte, etc., etc. La accion de los alcohólicos es, bajo este concepto, la mas conocida.

A las bebidas y condimentos excitantes vienen á unirse como causas una vida sedentaria con un régimen abundante, y tambien la influencia predisponente que ejerce una estacion muy caliente.

Síntomas y curso.—Como las causas no obran de una manera contínua, el enfermo no siente mas que peso, plenitud que alguna vez llega hasta un dolor bastante vivo en el hipocondrio derecho. Al mismo tiempo el plexímetro acusa un aumento de volúmen del hígado. Cesando la causa, desaparece el efecto; pero la repeticion de los mismos errores de régimen trae otra vez los mismos desórdenes que al fin acaban por hacerse permanentes. Se observa entónces un catarro gastro-intestinal, que tiende á hacerse crónico, mientras que las heces se presentan irregulares. La digestion se hace mal, las venas hemorroidales están hinchadas, el vientre elevado y el hipocondrio derecho doloroso.

Este estado puede persistir por mucho tiempo sin llevar consigo otra consecuencia penosa que la infiltracion grasienta de las células hepáticas y el catarro de las vias biliares. Por un tratamiento apropósito se puede llegar á moderar, ó aun hacer desaparecer la hiperemia; sin embargo, cuando es inveterada, el resultado obtenido no es mas que pasajero.

Tratamiento.—Se debe establecer un régimen conveniente, que consiste en evitar todo alimento graso escitante, muy nutritivo y de difícil digestion. El enfermo debe por otra parte hacer una vida mas activa, caminar á pie, montar á caballo, etc. A estos medios higiénicos se añadirá el uso de medicamentos amargos y aperitivos, tales como el ruibarbo, áloes y otros, las aguas de Vichy, Kissimgen y Homburgo. De cuando en cuando podrán hacerse aplicaciones de algunas sanguijuelas al ano.

Hiperemia traumática.—Como consecuencia de una contusion en la region hepática, se observa frecuentemente un estado hiperémico del hígado acompañado de una tumefaccion notable. Piorry ha descrito un caso de esta especie. La causa era una contusion producida por la bala muerta de una pistola. La hipertrofia tan notable de la glándula, la disnea y la fiebre desaparecen, al cabo de un dia, bajo

la influencia de la sangría. Frerichs ha podido observar desórdenes semejantes en un obrero que habia recibido una contusion en el lado derecho del torax contra un wagon. El enfermo quedó con ictericia durante tres semanas, y se curó. Con frecuencia se localiza el efecto de la contusion, y fácilmente produce la inflamacion y un absceso. En nuestros climas la mayor parte de los abscesos del hígado no tienen otro orígen.

Hiperemia desenvuelta bajo la influencia de una temperatura elevada y de efluvios miasmáticos.—Causas.—Un clima muy cálido y los miasmas deletéreos que exhalan los terrenos pantanosos son las dos causas principales de esta especie de hiperemia, tan frecuente en les paises tropicales. ¿Cuál de estas dos influencias es la mas activa? Todo induce á creer que es la del miasma. Haspel refiere que en 1846 hubo un calor excesivo en Oran, los pantanos se desecaron, y por consecuencia desaparecieron las causas de las enfermedades. A pesar de esta elevacion extraordinaria de temperatura, se pudo notar que los casos de enfermedades del hígado disminuyeron con frecuencia mas bien que aumentaron. Por otra parte Pringle ha observado, bajo el cielo nebuloso y frio de Holanda, alteraciones del hígado enteramente idénticas á las que se producen en los trópicos. Es probable que la accion de los efluvios pantanosos es mas activa que la del calor. La causa morbífica alcanzará su máximun de intensidad allí donde estas dos condiciones, calor y miasmas, se hallen reunidas.

Curso.—La hiperemia de los paises cálidos, designada tambien por Dutroulau (1) bajo el nombre de *punto de costado hepático*, está frecuentemente complicada de disentería y de fiebres intermitentes de tipos variados. Sin embargo, muchas veces existe al estado simple, y su curso puede entonces ser aguda ó crónica. En el primer caso, los accidentes tienen un aspecto mas franco y mas decidido que en el segundo, en que los síntomas iniciales pasan desapercibidos, y no se revelan hasta el momento que existen desórdenes graves en la estructura del hígado.

Síntomas.—La hiperemia aguda está caracterizada por una hinchazon mas ó menos pronunciada y dolorosa del hipocondrio derecho; á este aumento morboso de volúmen se une la dificultad de respirar, con frecuencia tambien un sentimiento de tension en la region esplénica y dolores lancinantes en el hombro derecho y en la region lumbar. Además, la lengua esta á veces cubierta de una capa verde, la cabeza está dolorida; hay mal paladar, vómitos de materias mucosas ó biliosas de color verdoso; las deposiciones son irregulares; en algunos casos existe la constipacion; mas frecuentemente una diarrea biliosa, á veces hasta sanguinolenta. El abatimiento es considerable, y las fuer-

(1) Dutroulau, *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*. Paris, 1861.

zas disminuyen rápidamente sin que la frecuencia del pulso ó la temperatura del cuerpo sean notablemente aumentados.

Al cabo de muchos dias ó de algunas semanas los accidentes desaparecen enteramente, ó bien no subsisten allí mas que algunos desórdenes en apariencia insignificantes. Es raro sin embargo, que bajo el imperio de las causas que los han determinado no reaparezcan los mismos fenómenos morbosos con intervalos variables. Dutroulau (1) ha visto europeos que en una estancia de muchos años en las Antillas han experimentado frecuentes congestiones del hígado, sin que hayan degenerado en inflamacion verdadera. Es verdad que, segun el mismo autor, estos indivíduos, si no se trasladan de los lugares donde han contraido la enfermedad, están mas tarde expuestos, casi fatalmente, á la hepatitis aguda y á los abscesos del hígado.

En cierto número de casos sucede que la hiperemia, sea de repente, sea por consecuencia de recidivas, se hace permanente y crónica. El hígado queda hipertrofiado, el apetito no vuelve sino en parte; ciertos manjares, principalmente la carne de los animales, excitan la repugnancia; la disposicion á la diarrea subsiste; de tiempo en tiempo se presentan exarcerbaciones; la tumefaccion del hígado aumenta, los desórdenes de las funciones gástricas é intestinales se exageran. En medio de estas remisiones y de estas exacerbaciones sucesivas, los enfermos se debilitan más y más, se vuelven tristes y desanimados; su piel toma un tinte caquéctico, pálido ó descolorido, alguna vez tambien amarillo; se forman hidropesías en la cavidad abdominal y en el tejido celular subcutáneo, etc. Con frecuencia en el último período se desenvuelven ó un catarro del intestino, ó un estado disentérico que consume al enfermo, y á él se añaden accesos de fiebre intermitente de tipo variable, supuracion de las parótidas etc.

En los climas templados la afeccion sigue un curso menos rápido, los accidentes ó síntomas son menos pronunciados y el modo de terminacion no es la misma. En este caso, la hiperemia puede subsistir largo tiempo antes que resulten graves desórdenes en la nutricion, rara vez se forman abscesos. Lo que se observa con mas frecuencia es una hipertrofia del hígado dependiente de un acúmulo de materia adiposa, ó bien una infiltracion del parenquima por los albuminatos, que poco á poco sufren la metamórfosis coloidea. Rara vez la hiperemia tiene por consecuencia la degeneracion cirrótica.

Tratamiento.—Se recomendará un régimen suave, compuesto de alimentos vegetales, ácidos ó mucilaginosos, se proscribirán las materias animales, la grasa, las especias, las bebidas fermentadas. Se podrán aplicar sanguijuelas al ano, ordenar baños de asiento tibios, purgantes salinos los mas suaves, tales como el cremor de tártaro, unido á la pulpa de tamarindos. Si hay diarrea, no se contendrá muy pronto, y en este caso se empleará la raiz de ipecacuana, sea á dósis

(1) Dutroulau, *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds.*

fraccionada, sea á dósis vomitiva. Si pasa al estado crónico se aconsejará el cambio de aire, se prescribirán pequeñas dósis de ruibarbo, áloes asociadas al hierro, ó á extractos amargos y resolutivos: un vomitivo puede en este caso ser útil. El régimen será menos riguroso que en la hiperemia aguda: una alimentacion ligera y nutritiva es necesaria para impedir el empobrecimiento de la sangre y la atonía del aparato vascular. Pringle, Lind, Portal y Haspel (1) recomiendan poner sobre la region hepática vegigatorios, un sedal ó moxas que renuevan, ó que conservan por cierto tiempo. Cuando hay complicaciones de fenómenos de intermitencia se recurrira á la quinina; pero es necesario no precipitarse, porque el febrífugo estará sin accion, mientras que la hiperemia no haya sido moderada por una medicacion prévia. Una temporada de aguas de Kissingen, de Hombourg ó de Marienbad, en Alemania; en Vichy ó en Vals en Francia (2); podrá dar resultados ventajosos, aun cuando el infarto hepático sea antiguo. Así es que los autores del *Diccionario de aguas minerales* (3) aseguran que la época mas favorable para el tratamiento de estas afecciones por las aguas de la Grande-Grille, ó Vichy estará comprendida entre los diez y ocho meses y cuatro años de duracion de la enfermedad. Los mismos autores aconsejan que se prefieran á las aguas bicarbonatadas de sosa las aguas cloruradas, tales como las de Niederbronn, de Homburgo, ó de Kissingen, en los casos de hiperemias hepáticas acompañadas de signos de plétora abdominal, de hemorroides etc. ó siempre que domine el estado linfático.

Apoplegía hepática.—La apoplegía del hígado es de alguna mayor importancia, puesto que tenemos cierto número de hechos en los que se ha presentado como una enfermedad particular. Sin embargo, es preciso reconocerlo, esta importancia no es mucha para nosotros, porque en los casos en que se debe admitir que hubo apoplegía, la muerte ha sido tan repentina ó tan pronta que no ha dado lugar á socorrer á los enfermos.

Entre los hechos de apoplegía pulmonar que se han citado, los mas notables son debidos á Andral (4), á Honoré (5), á Robert (6), á Heyfelder (7) y algunos otros. Por lo tanto, como veremos mas adelante, sin razon se ha querido reunir á estos hechos bajo el título de

(1) Haspel, *Maladies de l'Algérie; des causes, de la symptomatologie, de la nature et du traitement des maladies endémo-épidémiques.* Paris, 1850-1852.

(2) Para los infartos hepáticos tenemos en España buenas aguas: entre estas las de Mondariz, Verin, Guitiriz en Galicia. (Nota del Traductor.)

(3) Duran-Fardel et Lebret, *Dictionaire générale des eaux minérales et de hydrologie médicale.* Paris, 1860.

(4) Andral, *Clinique médicale*, t. II, 3.ª édit., p. 259.

(5) Honoré, *Communications á l'Académie de médicine.*

(6) Robert, dans Mémoire de Brierre de Boismontc (*Archives générales de médecine*, 1.ª série, t. XVI. 1828).

(7) Heyfelder, *Archives générales de médecine*, Diciembre 1839.

hemorragia hepática, una observacion referida por Louis (1); este caso se parece á algunos de los precedentes por la hemorragia que se ha abierto paso al intestino, pero se diferencian de ella por un punto capital, puesto que habia anteriormente hepatitis y muy probablemente rotura de un vaso en un foco purulento; de consiguiente es preciso dejarle para el artículo *Hepatitis*.

Los hechos que acabo de mencionar pueden dividirse en tres especies diferentes. En la *primera* hallamos una de estas hemorragias que se deben atribuir á una alteracion de la sangre, y que se han descrito bajo el nombre de *hemorragias constitucionales*. El caso referido por el doctor Bonorden (2), y el que debemos á Brierre de Boismont, son ejemplos de esta especie de *apoplegía hepática*. Los sugetos á quien se refieren estas observaciones, no solo tenian un derrame de sangre en el hígado, sino tambien infiltraciones ó focos sanguíneos en otras partes del cuerpo. En el caso referido por Bonorden, estos derrames se encontraban en un gran número de puntos del tejido subcutáneo y en el de Brierre de Boismont, los tumores sanguíneos ocupaban, además del hígado, el bazo, las glándulas mamarias, la piel del vientre y de las nalgas, la sustancia cerebral, el pulmon, el páncreas, los riñones y el ovario derecho.

En la *segunda especie* hay *rotura de un vaso* en el hígado, y en tal caso se puede asemejar la apoplegía hepática á ciertas apoplegías cerebrales, de las que nos presentan dos ejemplos el caso citado por Andral, y el que refiere Heyfelder.

Por último, *en otros casos* no se encuentran ni en el estado de la sangre, ni en el del órgano una causa á la que se pueda atribuir al derrame de sangre. El doctor Honoré ha presentado hace algunos años á la Academia de medicina un hecho de esta especie.

Por lo comun no se puede reconocer ningun *síntoma* de la apoplegía hepática, sea que los hechos no hayan llamado suficientemente la atencion, ó que la muerte haya sido casi repentina, ó en fin, que como en los casos en que hay al mismo tiempo varias hemorragias intestinales, no se pueda atribuir la produccion de estos fenómenos á esta apoplegía mas bien que á las apoplegías de los demás órganos y á la alteracion de la sangre. Lo que mas generalmente se ha observado en los hechos anteriormente citados, es un *malestar notable*, *dolores en el abdómen*, y á veces *vómitos*. Tambien puede preceder á la muerte un *síncope* bastante largo, como se vió en la observacion referida por Heyfelder. El doctor J. Abercombrie (3) ha citado un caso de *apoplegía del hígado* en una recien parida. La apoplegía se presentó cerca de una hora despues del parto, y se manifestó con los siguientes síntomas: dolor vivo en el hipocondrio derecho, opre-

(1) Louis, *Recherches anatomico-pathologiques*, p. 376.
(2) Bonorden, *Mediz Zeit. herausgegeben von dem verein für Heilkunde in Preuss.* Berlin, 1838.
(3) Abercrombie, *London medical Gazette*, Setiembre 1844.

sion, disnea, vómitos, enfriamiento, palidez, zumbidos de oidos, ofuscacion de la vista y pulso pequeño. En la auptosia se encontró un saco voluminoso formado por el peritoneo, que ocupaba la cara anterior é inferior y lleno de sangre. Andral (1) refiere un caso de este género, otro se debe al doctor Gilbert Blane (2), y Heyfelder (3) ha reunido todos los hechos conocidos de esta afeccion.

En la *autopsia* se encuentran en el parénquina del *hígado*, uno ó muchos focos bastante semejantes á los que constituyen la apoplegía pulmonar. La sangre ordinariamente convertida en cuajarones negros puede estar en parte líquida. Despues de su evacuacion queda una escavacion irregular cuyas paredes formadas por el tejido hepático están infiltradas de sangre y mas ó menos reblandecidas.

Por lo dicho se conoce que nada de interesante tenemos que añadir á esta corta descripcion. Solo tenemos datos muy vagos sobre el *tratamiento*, pues la *sangría*, la aplicacion de *sanguijuelas* sobre la region hepática y en el ano, la *quietud*, las *bebidas frias* y la *dieta*, y en los casos en que se pueda sospechar una alteracion de la sangre, las *bebidas ácidas* son los medios que parecen mejor indicados. Esto es todo lo que se puede decir, mientras la observacion no nos proporcione otros documentos mas exactos. Por lo demás, para mas pormenores, se puede consultar una Memoria de Fauconneau Dufresne (4), en la cual este autor ha reunido los casos más interesantes de hemorrajia del hígado.

ARTÍCULO II.

INFLAMACION DEL HÍGADO.

1.° Hepatitis aguda.

A pesar de todos los trabajos emprendidos sobre esta materia, y de las investigaciones hechas por los médicos que han ejercido en los paises cálidos, esta es una de las afecciones peor conocidas, lo que sin duda depende del poco cuidado que se ha puesto en su observacion. Las primeras indicaciones acerca de la hepatitis se remontan hasta el mismo Hipócrates; pero así en sus obras (5) como en las de Galeno y en las de los médicos de los siglos pasados, se halla la inflamacion aguda confundida con la crónica, y aun muchas veces con

(1) Andral, *Anatomie pathologique*, 1829, t. II, p. 589.

(2) Gilbert Blane, *Srans. of a Soc. for the improv. of medical and chirurgical knowledge*, t. II, p. 18.

(3) Heyfelder, *Stud. im Gebiete der Heilwissenchaft*. Stuttgard, 1838, t. I. p. 130.

(4) Fanconneau Dufresne, *Mémoires sur les hemorrhagies du foie (Union médicale*, n.° du 24 de Julio 1847 et suiv).

(5) Hippocrate, *Œuvres complétes*. trad. par Littré, t. VII: *Des affections internes*, p. 237.

otras afecciones crónicas del hígado, de suerte que es muy dificil, si no imposible, distinguir suficientemente los casos de cada especie. Las obras que han gozado de mas reputacion, al fin del siglo último y al principio de este, son las de Bianchi (1), de Girdlestone (2), de Clark, de Portal (3) y de Saunders (4). Por último en estos últimos años, Andral (5) y Louis (6) presentan muchas observaciones interesantes de que se hablará mas particularmente en este artículo. En las obras antiguas, tales como las de Schenck (7), Foresto (8), Fabricio de Hilden (9), Baillou (10), Lieutaud (11), etc., y en las diversas colecciones de medicina se encuentran un gran número de hechos, que son muy difíciles de reunir, porque muchos de ellos son desemejantes; sin embargo, trataré de indicar los principales.

En nuestros dias los cirujanos de la marina y de la armada francesa han publicado un gran número de Memorias sobre los males de los paises cálidos y sobre la hepatitis; indicaremos, sobre todo, los de Dutroulau (12) el de Rous (13). En fin, esta enfermedad ha sido objeto de un estudio especial en los tratados publicados en Francia por Fanconneau-Dufresne (14), en Inglaterra por Budd (15), y en Alemania por Frerichs (16).

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La hepatitis aguda es la inflamacion del hígado que recorre rápidamente sus períodos. Tambien se ha designado á esta enfermedad con los nombres de *febris icterodes*, *febris hipatica*, *inflamacion del hígado*, *jecoris vomica*, *phlegmo*, *erysipelas hepatidis*, etc.

Su *frecuencia*, segun los autores, muy diferente segun los para-

(1) Bianchi, *Historia epatica*. Genevæ, 1725, 2 val. in-4.
(2) Girdlestone, *Essays on the hepatic and spasmodic affections in India*. London, 1788.
(3) Jacques Clarck, *Réflexions sur les symptomes et le traitement de l'hépatitis* (*Medical Commentaries*, t. XIV).—Portal, *Traité des maladies du foie*. Paris, 1804.
(4) Saunders, *Obs. on Hepatitis of India*. London 1809.
(5) Andral,, *Clinique medicale*, 3.ª édit., t. II.
(6) Louis, *Recherches anatomico-pathologiques: Abcés du foie*.
(7) Schenck, *Observationes medicæ*, lib. III, sec. II.
(8) Forestus, *Observ. medicinalium opera*, lib. XIX.
(9) Fabrice de Hilden, *Observ. medico-cirurg.*, cent. II.
(10) Baillon, *Opera omnia medica*, edit. Tronchin. Genevæ, 1872, cent. I.
(11) Lieutaud, *Historia anat. med.* Paris, 1767, sect. VI.
(12) Dutroulau, *Mémorie sur l'hépatite des pays chauds* (*Mém. de l' Acad. de médecine*, t. XX.)—*Topographie médicale des climats intertropicaux*. Paris, 1848.—*Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*. Paris, 1861.
(13) Rouis, *Recherches sur les suppurations endémiques du foie*. Paris, 1860.
(14) Fauconneau Dufresne, *Precis des maladies du foie et du pancréas*. Paris, 1856, in-12.
(15) Budd, *On diseases of the liber*. London, 1852. 2.ª édit.
(16) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies billiaires*, traduit, par Duménil et Pegallot, 2.ª édit., 1866.

jes en que se observa. Así es que está generalmente admitido que es muy comun en los paises cálidos. Por el contrario, sabemos que en nuestros paises es una afeccion bastante rara.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes. Edad.*—Los autores no están conformes respecto á la *edad* que predispone mas especialmente á la inflamacion del hígado. Muchos de ellos, entre los cuales es preciso citar á Girdlestone, afirman que solo ataca á los sugetos de *edad adulta*, y este profesor ha notado que de veinte tambores del regimiento de que era médico, ninguno padeció la enfermedad, pero tampoco ninguno de ellos habia llegado á la edad de la pubertad. Otros por el contrario, han considerado á la afeccion como bastante frecuente en los *niños*, para haber hecho de ella una especie particular, que es lo que precisamente se advierte en la obra de Naumann (1). Esta última asercion no me parece fundada en los hechos. Lo que ha inducido en error es que en las enfermedades de los recien nacidos se observa la coincidencia de un color amarillento con las enfermedades del conducto digestivo, y á algunos autores les ha bastado hallar una simple congestion hepática con reblandecimiento para creer que hay una inflamacion del hígado. Ya volveré á hablar sobre este punto al tratar de la *ictericia*. En las observaciones referidas por Andral y Louis la mayor parte de los sugetos tenian de veinte á cuarenta años de edad; sin embargo, no por eso se debe creer, como se ha dicho por algunos, que sea la enfermedad muy rara despues de esta edad; porque en trece observaciones he hallado que cuatro de los enfermos habian llegado ó pasado de cincuenta años.

En cuanto al *sexo*, no tenemos datos bien positivos acerca de su influencia; sin embargo, muchos de los hechos citados por los autores se refieren al sexo masculino; pero es necesario no olvidar que las observaciones se han recogido generalmente en regimientos. En las trece que acabo de indicar se encontraban cinco mujeres.

Tampoco tenemos mas que datos muy poco exactos sobre la influencia de la *constitucion*. Lo que hace difícil la apreciacion de esta causa es, que como veremos más adelante, la inflamacion del hígado ataca frecuentemente á sugetos que tenian otra enfermedad que ha podido deteriorar la constitucion.

Era inevitable que se acusase al *temperamento bilioso* el producir la inflamacion del hígado; pero esta asercion, que data desde Hipócrates, no está apoyada en datos positivos: tambien algunos médicos han podido encontrar en el *temperamento sanguíneo* una causa predisponente mas eficaz.

¿Es el *régimen* una causa bien manifiesta de enfermedad del híga-

(1) *Hand. der med.*, t. V.

do? Todos saben que se considera al *uso inmoderado de las bebidas espirituosas* y de los *alimentos escitantes*, y los *excesos de toda especie*, como la causa mas poderosa de la hepatitis en los paises cálidos; pero tambien tenemos noticia de muchos casos en los que el mas severo régimen no ha podido preservar de esta afeccion. Así, pues, sin negar la accion de esta causa, reconocemos que no ha sido bastante apreciada.

Se ha considerado al *abuso de los purgantes*, y particularmente de los *calomelanos*, como una causa predisponente igualmente que escitante de la inflamacion del hígado. Girdlestone habla formalmente de la perniciosa influencia de los calomelanos, pero esta no es mas que una simple asercion.

Tambien se han incluido entre estas causas las *pasiones tristes*, la *plétora* y el *vicio escrofuloso*. Lo mismo sucede con el *vicio artrítico*, y se ha llegado hasta decir que los niños estaban principalmente expuestos á la hepatitis *durante el período de la denticion*; pero estas aserciones igualmente estan destituidas de pruebas, así como la de Van Swieten, que pretende que la *abundancia de gordura en el epiplon* es una causa poderosa de hepatitis, sobre todo si á ello se agrega un ejercicio demasiado violento.

Climas y estaciones.—Los autores colocan el teatro principal de esta afeccion en la India, Antillas, Senegal, Argelia. Esta opinion, sostenida ya en su obra (1) por Annesley, el cual la habia exagerado pretendiendo que una simple congestion del hígado era suficiente para caracterizar la hepatitis, ha sido despues confirmada por el testimonio del doctor Rufz que hizo sus observaciones en las Antillas, y por el doctor Rouis que en su obra ha dado el análisis de 274 observaciones de abscesos del hígado recogidas en Argelia (2). En fin, el doctor Dutroulau (3) ha disipado todas las dudas suscitadas sobre este punto publicando un resúmen de los males observados en el hospital de S. Pedro (Martinica) durante un período de seis años (1846-1851). Entre 7396 enfermos hubo 339 casos de hepatitis, de los cuales 70 terminaron con la muerte. Estas cifras prueban suficientemente la extraordinaria frecuencia de hepatitis en los paises cálidos.

Lo mismo sucede respecto de las *estaciones*; así, mientras que los unos afirman que la enfermedad es sobre todo frecuente en las estaciones calurosas, otros, segun Hipócrates, opinan que lo es mas en otoño. Pero todavía se ha ido mas lejos respecto á las influencias que acabo de indicar. Así es como Hamilton Bell pretende que el vivir en climas cálidos no solo predispone á contraer la enfermedad, sino que deja una predisposicion que persiste despues de haber vuelto á Euro-

(1) Annesley, *Researches into causes, nature, and treatment of the more prevalent diseases of India*. London, 1828, t. II, in-4.

(2) Rouis, *Recherches sur les suppurations endémiques du foie*. París 1860.

(3) Dutroulau, *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*. Paris, 1861.

pa. Por mi parte añado, que en las investigaciones de Louis no se ha presentado ni un solo caso durante los grandes calores; es verdad que estos hechos son en muy corto número.

Se ha presentado una consideracion en la que no se ha insistido bastante, y es que la inflamacion aguda del hígado sobreviene con mucha frecuencia *durante el curso de otras afecciones*. Si se consulta en particular los hechos referidos por Andral y Louis, se ve que los sugetos padecian, al verificarse la invasion de la hepatitis enfermedades intestinales y pulmonares que duraban hacia ya mas ó menos tiempo. Sin embargo, aun en estos casos no se puede mirar á la hepatitis como una simple lesion secundaria; porque en efecto, las circustancias en que se presenta tienen algo de particular.

Las investigaciones hechas en el Africa francesa desde su conquista han demostrado que la hepatitis es las mas veces una *consecuencia de la disentería*. Esto es lo que resulta de las observaciones de Haspel (1), de Catteloup (2), de Cambay (3) y de Casimiro Broussais (4). En semejante caso se explica la produccion de la enfermedad por la extension de la inflamacion al hígado, y por la trasmision á este órgano de las materias sépticas absorbidas en el intestino por las venas intestinales que se reunen para formar la vena porta. Legendre (5) ha visto en los niños que la hepatitis ha seguido á la enteritis.

Si la hepatitis es una enfermedad de los paises cálidos, (y entendemos por paises cálidos aquellos en que el calor es, no solo elevado sino constante tambien ó poco variable, donde la humedad es excesiva y la electricidad muy desenvuelta, y cuyo suelo, cubierto de una vegetacion lozana y de innumerables insectos, es un vasto foco miasmático siempre en actividad de fabricacion) si lo es, decimos nosotros, los carácteres de los paises cálidos son las condiciones esenciales de su existencia. No hay razon para que se atribuya este resultado al calor solo y á su accion sobre la circulacion ó sobre la secrecion de la bílis, porque es debido á todos los elementos de que acabamos de hablar, y más particularmente á las condiciones del suelo: tambien es endémica la hepatitis en S. Pedro (Martinica), como la disentería es de orígen miasmático.

La semejanza tan íntima entre la disentería y la hepatitis viene á probar su etiología comun. Así, en la inmensa mayoría de casos existen al mismo tiempo, sea cualquiera la que se haya declarado la primera. Si la disentería no se manifiesta mas actualmente, se nota casi

(1) Haspel, *Mémories de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*. Paris, 1843, t. LV.—*Maladies de l'Algérie*. Paris, 1850-1852, 2 vol. in-8.

(2) Catteloup, *Des maladies du foie en Algérie*, même recueil. Paris, 1845. t. LVIII.

(3) Cambay, *Maladies des pays chauds*. Paris 1848.

(4) Casimir Broussais. *Notice sur le climat et les maladies de l' Algérie (Mém. de méd. et de chir. milit.*, t. LX.)

(5) Legendre, *Recherches anatomico-pathologiques et cliniques sur quelques maladies de l'enfance*. Paris. 1846.

siempre preguntando con cuidado á los enfermos, que le ha precedido la hepatitis. Anterior ó concomitante, la disentería está casi siempre ligada á la hepatitis, y se encuentra rara vez la hepatitis primitiva.... La cifra de las hepatitis sigue las mismas oscilaciones que la de las disenterías. Pero no es solamente en la frecuencia de las dos enfermedades donde existen las relaciones de semejanza, sino tambien en la forma: la hepatitis está, como la disentería, sujeta á la recidiva y reviste como ella, al cabo de cierto tiempo, la forma crónica. Es muy grave y termina frecuentemente por supuracion durante los períodos de endemia, disentérica grave; es benigna y termina por resolucion durante los períodos de endemia disentérica simple. En fin, la aclimatacion no existe mas para la una que para la otra.

Todas estas semejanzas entre las dos enfermedades prueban suficientemente, á nuestro parecer, que deben su orígen á las mismas causas endémicas: se caeria en error, si se quisiera explicar por la extension de la inflamacion del intestino al hígado (Dutroulau).

Tambien es necesario decir que con frecuencia se han considerado como simples hepatitis los abscesos múltiples del hígado que resultan de la *flebitis supurativa*; hechos de que no debemos ocuparnos aquí, porque han sido expuestos con bastante extension en otra parte (1). Esta es la principal causa del error emitido por muchos autores que han considerado como capaces de producir la inflamacion del hígado ciertas afecciones del encéfalo que resultan de las heridas del cráneo.

2.° *Causas ocasionales*.—Mas arriba he hablado de las *condiciones atmosféricas*, y por lo mismo no volveré á tratar aquí de ellas, únicamente diré que la *insolacion*, considerada como una causa determinante de la hepatitis, ha servido de pretesto á algunos autores, y en particular á Girdlestone, para tratar de establecer una relacion íntima entre las enfermedades del cerebro y las del hígado, de las que hablaba poco hace. Por otra parte, ciertos médicos, siguiendo á Areteo, han atribuido el desarrollo de la hepatitis á la *accion del frio*, contradiccion notable que prueba cuán poco instruidos estamos sobre este punto.

Las *heridas del hígado* que constituyen una especie particular de hepatitis (*H. traúmatica*), son una causa evidente de ella, pero pertenecen á la cirujía. Lo mismo sucede con las contusiones en la region hepática; cuando producen una *rotura* del órgano entran es verdad en la clase precedente, pero algunas veces se desarrolla la inflamacion á consecuencia de una simple contusion, lo que se ha observado en un corto número de casos. No citaré aquí el que refiere Andral (2), porque en él se trata de una hepatitis crónica.

Ya he hablado del *abuso de los licores fermentados*, sobre los

(1) Véase el artículo *Flebitis*. (Tomo 3.°)
(2) Andral, *Clinique médicale*, obs. XXVIII.

cuales insiste principalmente Annesley, igualmente que del *ejercicio violento*. Tambien se incluyen entre las causas escitantes las *pasiones tristes* y las *pasiones violentas*, como la *cólera*, mas para hacerlo se han fundado principalmente en los casos de ictericia, lo que es evidentemente una falta, puesto que en los casos de esta especie se observa la ictericia simple y no la hepatitis.

No haré mas que citar la *supresion de un flujo diarréico* (Federico Hoffmann) ó de cualquier otro flujo, la *extirpacion de las hemorroides*, etc. En la actualidad es manifiesto que casi siempre se ha atribuido á estas supresiones y á estas operaciones una afeccion del hígado ya existente.

Los *cuerpos extraños* introducidos en el hígado al través del intestino pueden producir la hepatitis, como lo ha observado Marchant (1), quien ha citado un ejemplo; pero estos casos son sumamente raros.

Para demostrar la incertidumbre de esta etiología, añado, que en las observaciones que he reunido no he *encontrado jamás una causa ocasional apreciable*.

Queda ahora una cuestion que resolver: Las *enfermedades gastrointestinales*, y en particular la inflamacion, ¿pueden, propagándose al hígado, producir la hepatitis? Esta es una opinion que ha sido sostenida en estos últimos años por los médicos de la escuela fisiológica, pero que cae ante los hechos, porque no se ha encontrado en el estómago ni en el intestino ninguna lesion que tenga una relacion directa con la inflamacion del hígado. El duodeno en particular, sobre cuya inflamacion habia llamado especialmente la atencion Casimiro Broussais (2), ha sido examinado con cuidado por Louis, quien le ha encontrado siempre en estado sano. Es verdad que la inflamacion del hígado se ha manifestado muchas veces en el curso de las inflamaciones gastrointestinales, pero ya hemos visto que sucedia lo mismo con las afecciones del pulmon, y por consiguiente nada hay en ella propio de las enfermedades de los intestinos.

Solo es evidentemente admisible la trasmision de la inflamacion de los intestinos al hígado por el intermedio de las venas, lo que se diferencia mucho de la propagacion de la inflamacion tal como la entendia la escuela fisiológica, y aun no tenemos sobre este punto una demostracion completa.

Se ha citado como un hecho demostrado la existencia de verdaderas *epidemias* de hepatitis; pero si se echa una ojeada sobre los principales autores, se ve bien pronto que estas pretendidas epidemias no son mas que cierto aumento en la frecuencia de la afeccion ó simples epidemias de ictericia. La existencia del *contagio* señalada por J. Frank (3) es todavía menos admisible, puesto que para esta-

(1) Voy. Foucroy, *Médecine éclairée par les sciences physiques*. Paris, 1792, t. IV.
(2) Casimir Broussais, *Sur la duodénite chronique*. Paris, 1825, in-8.
(3) J. Frank, *Praxeos medicæ*, pars III, vol. II, sect. II: *De hepatitide*. Lipsiæ.

blecerla, este autor no ha encontrado otra prueba mejor que citar la inflamacion del hígado en la peste y en el tifo.

§ III.—Síntomas.

Creo que en el estado actual de la ciencia no se puede hacer otra cosa que describir los síntomas de la hepatitis aguda en general, y reservar el exámen de las aserciones de los autores, respecto de la hepatitis parcial, para algunas consideraciones ulteriores.

Invasion.—A menos que la hepatitis haya sido causada por una violencia exterior, al principio es siempre muy difícil de reconocer. En nuestros paises sucede con frecuencia que se la confunda con una pleuresía, con una pulmonía incipiente, ó en fin, como dice Frerichs, con una infeccion puohémica, mientras que en los paises cálidos se confunde su diagnóstico con el de la disentería, ó de una fiebre intermitente, principalmente la terciana, segun Haspel. Si la enfermedad es difícil de reconocer, mientras que se presenta en un estado de simplicidad relativa, mucho mas lo será cuando sobreviene como complicacion de una enfermedad intercurrente. Sin embargo aun en circunstancias semejantes se puede llegar á discernir ciertos síntomas que le son propios, y señalar su aparicion en algunas de las observaciones de Louis, se encuentran fenómenos que se refieren evidentemente á la invasion de la afeccion hepática. En efecto, en dos enfermos, que tenia uno de ellos una bronquitis intensa, y el otro fenómenos gástricos hacia ya mucho tiempo, sobrevino un notable *escalofrio*, seguido en uno de ellos de *otros escalofrios* que se reproducian todas las tardes, y en ambos de un *calor* mas ó menos vivo. En otro tercero habia solo calor con un movimiento febril bastante marcado. Lo que prueba que estos síntomas dependian de la aparicion de la hepatitis es que al mismo tiempo ó muy poco despues se presentó el dolor en el hipocondrio derecho y la ictericia, síntomas que, como veremos mas adelante, son, cuando existen juntos, los mas adecuados para caracterizar esta enfermedad.

Al mismo tiempo que se presentan estos síntomas de la invasion, se notan síntomas gástricos que pueden depender únicamente de la hepatitis, como lo prueba una observacion citada por Andral (observacion XXIV). En efecto, el sugeto fué atacado repentinamente de señales de una indigestion violenta, seguida bien pronto de los fenómenos que caracterizan la inflamacion del hígado. En la primera observacion de Louis vemos igualmente aparecer trastornos digestivos al mismo tiempo que los escalofrios que anunciaban la hepatitis. Estos trastornos digestivos consisten en la *anorexia* llevada algunas veces hasta la aversion á los alimentos, y comunmente en una *sed* intensa.

Síntomas.—En la region del hígado se manifiesta un *dolor* mas ó menos vivo, que muchas veces es menos sensible á la *presion*, que

de un modo *espontáneo*, lo que probablemente depende de que no se pueda ejercer la presion de un modo conveniente, á causa de la profundidad á que se encuentra la lesion. Cuando existe el *dolor á la presion*, casi siempre va precedido de un *dolor espontáneo*; sin embargo, en un caso citado por Louis éste ha faltado completamente, al paso que era notable el primero. En otro caso cuya observacion me ha comunicado Fauvel, no existia mas que una simple *incomodidad* en el hipocondrio derecho.

Aunque por lo comun se manifiesta dolor, como he dicho anteriormente, se ve sin embargo que falta completamente en bastantes observaciones. Así, pues, entre quince casos tomados de Portal, Andral, Louis y Fauvel, no *hubo ningun dolor* en cinco enfermos. Por otro lado, Rouis, que ha hecho el análisis de un número de observaciones considerable, ha hallado que el dolor local habia existido 141 veces en 177, es decir, 85 por 100. Por consiguiente, si vamos á apreciar este síntoma, vemos que por sí solo no tiene un valor absoluto, pero que sin embargo se le debe tomar en consideracion; y que comparado con los demás fenómenos de que hablaremos mas adelante, debe necesariamente adquirir gran importancia.

Algunas veces es *muy vivo* el dolor, pero las mas solo tiene una mediana intensidad, y es raro que se observen verdaderas *punzadas*. Bonnet (1) ha tratado de distinguir qué especie de dolor es el que corresponde propiamente á la hepatitis. En su concepto es solo un dolor sordo profundo, al paso que un dolor agudo, pungitivo y lancinante es exclusivamente propio de la inflamacion del peritoneo hepático; pero cuando se examinan los hechos, no se puede admitir esta explicacion, porque en cinco de las observaciones que he reunido, y en las que no habia ninguna lesion de la serosa, existia un verdadero dolor agudo en el hipocondrio derecho, y en tres casos era vivo con un carácter lancinante. Por consiguiente, la observacion de Bonnet no es exacta sino para cierto número de casos.

Por lo que resulta de las observaciones, el *sitio del dolor* está generalmente en el hipocondrio derecho, pero no dan ningun otro pormenor. En un caso observado por Louis, era agudo y se hallaba fijado en la region mamaria; pero la mayor parte de las veces ocupaba mayor ó menor extension y correspondia á las costillas falsas derechas. No siempre está el dolor fijo desde luego en el hipocondrio; así es que se le ve ocupar una parte del pecho y del epigastrio antes de concentrarse en la region del hígado. Se ha dicho y repetido con frecuencia que uno de los caractéres del dolor producido por la hepatitis era el de *irradiarse hácia el cuello* y el *hombro derecho;* pero resulta de los hechos, y como ya lo habia observado Louis, que se ha tomado la escepcion por la regla.

En efecto, segun Rouis, no ha existido sino en 28 enfermos de

(1) Bonnet (de Bordeaux), *Traité des maladies du foie*. Paris, 1841.

163 ó sea el 17 por 100. Dutroulau asegura haber observado este dolor; y además dolores en el epigastrio, en el vacío izquierdo, en el ombligo y en las inmediaciones de la cresta ilíaca.

El *aumento del volúmen del hígado* da con frecuencia lugar á signos particulares, pero que están lejos de ser constantes, puesto que de doce observaciones que he reunido, cinco veces se ha encontrado en la autopsia que el volúmen del hígado era perfectamente igual al que tiene en el estado normal, lo que se halla completamente en contradiccion con las aserciones de Piorry (1).

Sin embargo la dilatacion del hígado es un hecho bastante general, cuando se forma uno ó más abscesos, y Rouis lo ha notado en 73 indivíduos sobre un total de 122.

Cuando se halla aumentado el volúmen del hígado, entónces hay una *tension* mas ó menos notable en el hipocondrio. Se percibe cierta *resistencia* bajo las costillas falsas derechas y en el epigastrio, y si el órgano es muy voluminoso se encuentra, *palpando* el abdómen, que su *borde inferior* ha llegado á 3, 4 y 6 centímetros (15, 20 y 30 líneas) debajo de las costillas falsas y aun mas.

Por medio de la *percusion* se puede reconocer con mas exactitud el volúmen del hígado. En efecto, este medio de exploracion permite reconocer si el órgano está mas ó menos elevado sobre la octava costilla, que es el límite ordinario. Pero ya hemos visto mas arriba en qué errores se puede caer, sino se distinguen con cuidado los diversos casos. La *palpacion* sola es suficiente para reconocer el desarrollo del hígado por la parte del abdómen.

Se deberá segun aconseja Frerichs practicar con gran cuidado y tener muy en cuenta el grado de tension del músculo recto, que Twinning considera como un signo de absceso profundo.

Ictericia.—La ictericia no es mas que un síntoma constante de la hepatitis; Casimir Broussais la observó 23 veces en 66 casos, y Rouis 26 veces solamente en 155. De trece observaciones que he reunido, en cinco solamente se dice que no habia ictericia, y en dos no habia ni uno ni otro de los síntomas de que se trata. Estas dos últimas observaciones se han considerado como ejemplos de *hepatitis latente*, y uno de ellos sobre todo, en el que el volúmen del hígado ha continuado siendo normal. En siete casos, es decir, en un poco mas de la mitad, se encuentran reunidos el dolor y la ictericia; así pues no se vaciló en el diagnóstico. En cuatro hubo ictericia sin dolor, y por el contrario, en tres se ha presentado el dolor faltando la ictericia. Se ve que si, como el dolor, este último síntoma tiene una importancia marcada en la historia de la hepatitis, no tiene aisladamente mayor valor, y que no se encuentra un fenómeno constante en esta afeccion.

Segun Frerichs, la ictericia es por otra parte poco intensa y de

(1) Priorry, *Traité de diagnostic.* Paris, 1837, t. II, p. 250.

corta duracion: comienza casi siempre al mismo tiempo que la supuracion, rara vez es anterior y precede poco tiempo á la muerte.

Los accidentes de las *vias digestivas*, que nosotros hemos visto señalar el principio de la hepatitis, persisten y se acentúan durante el curso de esta afeccion; y en los paises cálidos revisten unas veces la forma de una gastro duodenitis, otras y muy frecuentemente no son otra cosa que una disentería verdadera. Rouis ha hecho constar 30 veces en 143 casos la primera de estas complicaciones, y 128 sobre 143 la segunda, que da la enorme proporcion de 90 por 100. En nuestros climas es constante sobre todo la anorexia, una sed viva y embarazo de las primeras vias, que se da á conocer por náuseas, y aun muchas veces por vómitos.

En el *conducto intestinal* se encuentran fenómenos variables. En las observaciones que he reunido se ha manifestado la *diarrea* con tanta frecuencia como el *estreñimiento*. A veces existe este al principio y despues sobreviene la diarrea á medida que la enfermedad hace progresos. Otras veces, por el contrario, sigue un estreñimiento pertinaz á una diarrea de larga duracion, y en fin, en algunos casos raros, hay *alternativas* de diarrea y estreñimiento, al paso que en otros sugetos, de lo que han citado algunos ejemplos Andral y Fauvel, *la defecacion continúa siendo normal*.

La *materia de las deyecciones* se diferencian segun que hay diarrea ó estreñimiento. En este último caso es por lo comun descolorida, y en el primero el líquido arrojado es frecuentemente como el agua teñida de amarillo. Algunos sugetos tienen *deyecciones sanguinolentas* ó *de sangre*, lo que depende de diferentes causas. Las mas veces se encuentran en semejante caso úlceras intestinales debidas á otra enfermedad y principalmente á la tisis, úlceras que han sido las que han dado la sangre hallada en las deyecciones; pero puede suceder, y Louis (observ. III) ha citado un ejemplo bien notable, que la sangre venga del hígado mismo. En el sugeto á quien se refiere esta observacion, hubo en las dos épocas de la enfermedad deyecciones compuestas de sangre y amoldadas como materias fecales, y en la autopsia se encontró á gran profundidad á la derecha del ligamento suspensorio, é inmediatamente sobre los vasos que penetran en el surco trasverso, un coágulo fibrinoso de sangre negra dispuesto por capas concéntricas. Louis no vaciló en mirar á la perforacion de un vaso sanguíneo, que sin embargo no ha podido comprobar rigurosamente, como el orígen de la hemorragia, y no se puede menos de adoptar su modo de ver.

Por último, progresando mas la enfermedad, las deyecciones se hacen á veces completamente *purulentas*. Entónces hay una comunicacion del absceso con el cólon á consecuencia de una perforacion. Esto es lo que se observó en los casos que acabo de citar, porque despues de las deposiciones sanguinolentas el enfermo tuvo deyecciones alvinas casi enteramente formadas de pus.

Se ha dicho y repetido, sobre todo en estos últimos tiempos, que en la hepatitis la respiracion es dificultosa, y que por consiguiente el *decúbito* puede presentar algo de particular. Una vez admitidos estos fenómenos, se los ha atribuido por una parte á la compresion del pulmon, producida por el desarrollo del hígado y por otra al dolor aumentado por el descenso del diafragma.

Entre las trece observaciones que he reunido, solo hay nueve en que se haya mencionado el estado de la respiracion. Una sola vez en estos nueve casos no hubo ninguna lesion estraña al hígado, y la respiracion continuó siendo normal hasta el fin. En otros tres casos no estuvo alterada en los primeros tiempos de la enfermedad; pero en una época mas ó menos avanzada, se manifestó una opresion considerable. Mas la observacion dió á conocer de un modo exacto la causa de este síntoma, porque en uno de los tres sugetos sobrevino una pulmonía; en otro se reprodujeron abscesos con infiltracion de la faringe y de la parte superior de la laringe, y en el tercero, cuya observacion ha sido recogida por Fauvel, se manifestó una sufocacion considerable en el momento en que se estableció una ancha comunicacion entre el foco purulento y muchas venas suprahépaticas por medio de las que penetró el pus en la vena cava. Por último, en los demas sugetos explicaban perfectamente los trastornos respiratorios, una bronquitis intensa, una pulmonía ó una pleuresía.

Los trastornos de la respiracion no son síntomas que pertenecen en propiedad á la hepatitis aguda. Sin embargo, se concibe muy bien que si una inflamacion del peritoneo de la cara convexa del hígado se agregaba á la del parénquima mismo, si el dolor era muy vivo, y si en fin en algunos casos excepcionales el volúmen del órgano llegaba á ser muy considerable, podia hallarse dificultada la respiracion; pero los hechos precedentes prueban que no son estos los casos comunes.

Veamos ahora si se puede referir á lo que precede el *decúbito* de los enfermos. En el concepto de la mayor parte de los autores, el decúbito es difícil y aun con frecuencia *imposible sobre el lado izquierdo*, los enfermos piden que les pongan mas levantada la cabeza, y rara vez cambian de posicion. Pero si se busca en las observaciones el valor de estas aserciones, se ve que es imposible apreciarle. Entre los hechos que he reunido no hay mas que dos, referidos por Louis, en que se haga mencion del decúbito; en el uno era del lado izquierdo, estando la cabeza notablemente levantada, al paso que en el otro lo era del lado derecho, con la cabeza baja.

Tambien se ha citado como síntoma propio de la inflamacion del hígado, el *hipo* mas ó menos frecuente; pero este síntoma no se ha manifestado evidentemente mas que en algunos casos raros.

El estado de las orinas nada ofrece de particular. Cuando la ictericia acompaña á la hepatitis son de un color rojizo, oscuro ó anaranjado, por estar mezclada con la materia colorante de la bílis,

cuya presencia puede hacerse constar con la ayuda de diversos procedimientos indicados por Beale (1). Cuando falta la ictericia no tienen otros caractéres que los que les da la fiebre. Sólamente se les ha visto contener pus, en los casos raros en que un absceso hepático estaba abierto en el riñon derecho.

En los demás casos se manifiestan *síntomas generales* mas ó menos intensos: únicamente he indicado mas arriba los que sirven para caracterizar la invasion, viéndoselos en seguida persistir en mayor ó menor grado.

El *pulso*, que al principio es desarrollado y frecuente, llega á tener hasta 144 pulsaciones, como en la segunda observacion de Louis, y conservando su regularidad pierde en seguida por lo comun una gran parte de su frecuencia, y se pone débil, pequeño y miserable hácia el fin de la enfermedad. A veces tambien adquiere una *irregularidad* marcada.

Además de la *agitacion* se observa principalmente por la noche y en los últimos momentos *soñolencia*, despues *delirio*, gran *debilidad*, y en fin, un estado que la mayor parte de los autores han descrito bajo el nombre de *adinámico*. Sin embargo, en algunos casos raros los enfermos sucumben aniquilados sin presentar los fenómenos que se acaban de indicar, y pueden conservarse intactas las facultades intelectuales hasta el último momento. Los *vértigos* y el *aturdimiento* no se manifiestan por lo comun en la hepatitis. No sucede lo mismo con la cefalalgia, que se ha notado en tres casos de los citados por Louis. Por lo demás, este síntoma varía mucho en cuanto á la intensidad.

Los *abscesos considerables* dependientes de una hepatitis aguda y con tendencia á abrirse al exterior, son la consecuencia inmediata de la hepatitis. Tan luego como empieza la supuracion, aumenta el mal del estómago, la fiebre se hace mas intensa, aparece el frio por accesos irregulares, que son seguidos de calor y sudores abundantes. Una vez formado el absceso, disminuye la tumefaccion general del hígado, por lo regular, y entonces aparecen los signos que caracterizan las colecciones de pus. Estos signos los expondremos mas tarde en un artículo expecial (v. ABSCESOS DEL HÍGADO).

Hay algunos *accidentes* que son la consecuencia de la hepatitis.

HEPATITIS DE LOS NIÑOS.—En cuanto á la *hepatitis de los niños*, ya he dicho cuáles son las razones que inducen á poner en duda su existencia como especie distinta. Por mi parte añado que nunca he observado la inflamacion del hígado en los recien nacidos, que Billard (2)

(1) Beale, *De l'urine, des dépots urinaires et des calculs, de leur composition chimique, de leurs caractéres physiologiques et pathologiques et des indications thérapeutiques qu'ils fournissent dans le traitement des maladies*, traduit de l'anglais sur la 2.ª édition par Auguste Ollivier et Georges Bergeron. Paris, 1865.

(2) Billard, *Traité des maladies des enfants*, 2.ª édit., p. 439.

nos dice que tampoco la ha encontrado en los niños de pecho, y que Rilliet y Barthez (1) no indican mas que seis observaciones en niños que se acercaban á la edad de cinco años, pero cuyos síntomas nada ofrecieron de particular.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de la enfermedad es ordinariamente contínuo y rápido, así es que los síntomas llegan pronto á su mas alto grado de intensidad. Sin embargo, es preciso decir que sobrevienen escalofrios por la noche que dan á la afeccion cierto aspecto intermitente. Esto se ha observado no solo en el hecho de Louis citado mas arriba, si no tambien en una de las observaciones que me ha comunicado Fauvel.

En los casos mas comunes *la duracion* no pasa de tres semanas; sin embargo, pudiendo formarse sucesivamente muchos abscesos, se ve algunas veces que dura la enfermedad mas de un mes ó seis semanas. Se conoce que ha conservado su carácter de afeccion aguda en el estado de la falsa membrana que rodea el absceso, y sobre todo en el color rojo con reblandecimiento considerable del tejido circundante.

¿La hepatitis puede *terminar* por la curacion? Merat no duda que así puede suceder, aun cuando se trate de la hepatitis con supuracion (2); pues este médico considera como cicatrices de abscesos ciertas producciones fibrosas en forma de estrella que algunas veces se han reconocido en el tejido hepático.

Esta opinion se halla combatida por Louis, que piensa que no existen cicatrices consecutivas á una supuracion. Es probable que en efecto sea así, sin embargo, como lo veremos hablando de los abscesos, no es menos cierto que la hepatitis con supuracion puede curarse, si el pus ha sido evacuado sea natural, sea artificialmente.

Quedan pues los casos en que la inflamacion no produce mas que la hinchazon y reblandecimiento probable de este órgano. Estos casos son curables, y ya diré algo de ellos al tratar del *pronóstico*.

§ V.—Lesiones anatómicas.

En el concepto de muchos autores, una congestion notable del hígado y cierto grado de reblandecimiento, bastarian para caracteriraz anatómicamente la hepatitis; pero esta opinion no se halla fundada en ninguna prueba sólida. Sabemos que la congestion del hígado es por lo general el efecto de una simple estancacion de la sangre, y por otro lado, como hace notar Louis, el reblandecimien-

(1) Barthez et Rilliet, *Traité des maladies des enfants*, t. I, art. HÉPATITE.
(2) Mérat, *Dictionnaire des sciences médicales*, art. MALADIES DU FOIE.

to de los diversos órganos se manifiesta en casos en que no se puede admitir la inflamacion. No cabe duda que si se encontrase la hinchazon, una rubicundez notable y un considerable reblandecimiento en un sugeto que hubiese presentado durante su vida los síntomas indicados mas arriba, no se deberia vacilar en ver en ellos las lesiones anatómicas de la inflamacion del hígado; pero en ninguna parte se encuentran hechos de esta especie. En el estado actual de la ciencia no se puede admitir como carácter riguroso de la hepatitis otra lesion que la supuracion del hígado. Por consiguiente, me contentaré con hacer una descripcion rápida de la hepatitis con supuracion.

Consiste esta, primero, en placas mas ó menos extensas, de color amarillo ó amarillo verdoso, situadas á mayor ó menor profundidad, visibles frecuentemente por debajo de las membranas, y que si se las corta dejan ver una extension mas ó menos considerable del hígado ocupada por una infiltracion purulenta, compacta, en medio de la cual ya se pueden encontrar uno ó muchos puntos líquidos que anuncian la reunion del pus en focos.

Despues se hallan verdaderos abscesos, de tamaño muy diverso, puesto que los hay como un guisante, una avellana, un huevo de gallina y aun mas voluminosos; pero estos abscesos son todavía mas notables por la falsa membrana que los rodea. Esta falsa membrana, de aspecto albuminoso, ordinariamente delgada y blanda, presenta por el lado del hígado prolongaciones y filamentos fáciles de romper, que constituyen unas ligeras adherencias. En el interior del foco se observa con frecuencia una disposicion que ha sido muy bien descrita por Louis, que consiste en unas pequeñas prolongaciones semejantes á principios de tabique, y que indican que el absceso está formado por la reunion de otros abscesos mas pequeños. Lo que tiende todavía á confirmar esta opinion es que los abscesos menos voluminosos, que no son mayores que un guisante, tienen ya una falsa membrana, y que se encuentran muchas veces cierto número de estos pequeños abscesos muy próximos unos á otros, de manera que al menor desarrollo que esperimenten se deben reunir por la rotura de sus falsas membranas que son muy poco consistentes. En algunos casos raros no hay falsa membrana, y el tejido del hígado reblandecido forma él solo las paredes del absceso.

El pus contenido en estas cavidades es ordinariamente amarillo ó de color amarillo verdoso, espeso, sin olor particular; en una palabra, de buena calidad, aunque algunas veces se le ha encontrado sanioso y nauseabundo.

Andral ha visto un caso en el que las paredes del foco purulento estaban sumamente reblandecidas, reducidas á un putrílago verdoso, que exhalaba un olor gangrenoso. El doctor Stuar Cooper (1) ha re-

(1) Stuar Cooper, *Bulletins de la Société anatomique*, 1846.

ferido un caso del mismo género, observado en un sugeto que tenia un cáncer del estómago. El único síntoma que se ha podido referir á esta lesion, es un dolor muy vivo en el epigastrio en los últimos dias, y la gangrena era medianamente extensa. Los casos de esta especie son raros, y si se juzga por este último hecho, es imposible reconocer durante la vida la *gangrena del hígado*.

En cuanto al asiento de los abscesos, hemos visto que ocupan principalmente los puntos próximos á la cara convexa, y que despues se encuentran mas frecuentemente en el centro del órgano.

Por último, la rubicundez, el reblandecimiento del parénquima que rodea los abscesos, las adherencias recientes del peritoneo hepático con el peritoneo del diafragma y de las paredes abdominales, el desarrollo por lo comun limitado del órgano, las diversas perforaciones que comunican con el cólon, el peritoneo, las venas, las pleuras y los pulmones, y las lesiones que son su consecuencia, y que no debo presentar aquí, completan el cuadro de éstas lesiones anatómicas graves.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Ni la ictericia ni el dolor pueden caracterizar aisladamente esta afeccion: esto es precisamente lo que ha sentado Louis en vista de lo que ha resultado del exámen de sus observaciones; pero si faltando cualquiera otra afeccion aguda se hallan reunidos estos dos síntomas, si el dolor es constante y notable, entonces hay razones para admitir la existencia de la hepatitis, y todas las dudas se desvanecen si ha habido una invasion febril, si se repiten los escalofrios, si la fiebre persiste durante el curso de la enfermedad, si el hígado se pone voluminoso ó solamente hay una tension notable en el hipocondrio.

Las afecciones con que se pudiera confundir la hepatitis aguda, son en primer lugar las que tienen su asiento en el lado derecho del pecho. La *pulmonía aguda* se distingue de aquella por la falta de ictericia, por el sitio mas alto del dolor, por los fenómenos estetoscópicos, y por los síntomas locales (opresion, tos y espectoracion). Cuando esta afeccion se halla aislada, no puede confundirse en la actualidad con la hepatitis; pero cuando las dos se hallan reunidas, es mas difícil el diagnóstico; sin embargo, son bastante distintos sus síntomas para que se pueda comprobar con un poco de atencion, no solo que existen sino tambien el momento de su aparicion, como se ve en muchas de las observaciones de Louis y de Andral.

La distincion entre la hepatitis y la *pleuresía aguda* presenta aun mayores dificultades. En esta última afeccion el hígado puede ser rechazado hácia abajo y existir el dolor en un punto próximo al hipocondrio derecho. Pero falta la ictericia, la tos y la opresion, que como hemos visto no pertenece en realidad á la hepatitis agu-

da, dan á conocer la existencia de la afeccion pectoral, desvaneciendo todas las dudas los resultados de la auscultacion y de la percusion. En los casos que existen simultáneamente las dos enfermedades, la existencia ó la falta de la ictericia es un síntoma de mucho valor. Sin embargo, no debemos olvidar que este síntoma puede faltar en la hepatitis, y reconocemos que este diagnóstico requiere precisarse mas.

En el abdomen se puede confundir la hepatitis aguda con una *nefritis* intensa; pero este es un diagnóstico sobre el cual me reservo volver á hablar en el artículo dedicado á las enfermedades de los riñones. Unicamente diré aquí que cuando una inflamacion de estos órganos es bastante considerable para poder simular la hepatitis aguda, se encuentran en el estado de la orina signos que fijan el diagnóstico. De esta manera se llega tambien á distinguir las dos afecciones cuando existen simultáneamente, como se verificó en un caso citado por Louis en el que la orina era purulenta.

Otra afeccion acerca de cuyo diagnóstico se ha insistido mucho desde Galeno (1), es el *reumatismo agudo ó la inflamacion de los músculos del abdómen;* pero debemos dejar á un lado esta inflamacion que se presenta muy rara vez, y en cuanto al reumatismo agudo, que en la realidad está muy lejos de ser frecuente, observaremos que si existe dolor y si las contracciones de los músculos abdominales pueden hacer que se cometa un error cuando el exámen es superficial, tomándole por una tumefaccion del hígado; vemos que por otro lado falta la ictericia, y la palpacion exacta así como la percusion dan bien pronto á conocer que no hay realmente aumento de volúmen del órgano.

En cuanto á la *gastritis*, se puede decir que se diferencia de la hepatitis cuando es muy aguda ó muy violenta, lo que es raro, por el dolor fijo en el epigastrio, por los vómitos contínuos, el extreñimiento y la falta de tension en el hipocondrio.

No se puede confundir con la hepatitis aguda el *cáncer* y las *hidátides del hígado*. En cuanto á las *congestiones sanguíneas*, ya hemos visto que son debidas á una estancacion de sangre causada principalmente por las afecciones del corazon. La existencia de estas afecciones, el curso crónico de la enfermedad, la falta casi constante de los dolores verdaderos, porque en semejante caso no hay mas que una simple incomodidad, y la falta de ictericia, bastan para evitar el error.

No examinaré aquí las diferencias que pueden existir entre la obstruccion de las vias biliarias por un cálculo y la hepatitis, pues ya hablaré de esto mas adelante; pero diré dos palabras acerca del diagnóstico de la *rotura de los abscesos del hígado* en los diferentes puntos indicados mas arriba.

(1) Galien, *Œuvres médicales*, trad. par Ch. Daremberg. Paris. 1856 (*Des lieux affectés*, t. II, p. 649).

Se anuncia la *rotura en el peritoneo* por un dolor repentino muy vivo que se irradia al abdómen, acompañado de frecuencia y depresion del pulso, de un frio notable de las extremidades, de ansiedad, y en una palabra, de los signos de una peritonitis sobreaguda. La *rotura en el cólon* da lugar á deyecciones de sangre y purulentas precedidas de dolores de vientre mas ó menos vivos.

La *rotura en los bronquios* es seguida inmediatamente de sufocacion, y poco despues de espectoracion purulenta, muy abundante á veces mezclada con una cantidad notable de bilis. La *rotura en el pericardio* se anuncia por un dolor repentino muy agudo en la region precordial, que es prontamente seguido de los síntomas de la pericarditis sobreaguda. Por último, hemos visto que una gran ansiedad y una sufocacion intensa son los signos ya de la *rotura directa del absceso en la vena cava*, ya del paso del pus á esta vena por medio de las venas suprahepáticas.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° *Signos distintivos de la hepatitis aguda.*

Ictericia y dolor *reunidos*.
Invasion *febril*.
Escalofrios repetidos por espacio de mas ó menos tiempo.
Fiebre *persistente*.
Tension en el hipocondrio.
Aumento del volúmen del hígado.

Conviene no olvidar que ninguno de estos signos es constante, y que estamos lejos de hallarlos siempre reunidos; así pues no les damos un escesivo valor. Tambien es preciso tener presente que nos hemos visto precisados á admitir hepatitis verdaderamente *latentes*.

2.° *Signos distintivos de la pulmonía del lado derecho y de la hepatitis aguda.*

HEPATITIS AGUDA.	PULMONÍA.
Ictericia.	No hay *ictericia.*
Dolor al nivel de las *costillas falsas.*	Dolor situado por lo comun debajo de la *tetilla.*
No *hay fenómenos estetoscópicos* en los casos simples.	*Fenómenos estetoscópicos.*
No hay *opresion*, *tos* ni *espectoracion.*	Hay *opresion*, *tos* y *espectoracion* característica.

3.° *Signos distintivos de la hepatitis y de la pleuresía aguda.*

HEPATITIS.	PLEURESÍA.
Ictericia.	*No hay* ictericia.
Dolor en el *hipocondrio.*	Dolor lancinante *debajo de la tetilla.*
No hay *opresion* ni *tos*, á no ser que haya complicaciones.	*Opresion* y *tos.*
No hay *signos estetoscópicos.*	*Signos estetoscópicos.*

4.° *Signos distintivos de la hepatitis aguda y del reumatismo de los músculos de las paredes abdominales.*

HEPATITIS.	REUMATISMO DE LAS PAREDES ABDOMINALES.
Ictericia.	*No hay* ictericia.
Tension del hipocondrio.	*No hay tension* en el hipocondrio.
Dolor espontáneo ó por una *presion profunda.*	Dolor principalmente en los *movimientos del tronco.*

5.° *Signos distintivos de la hepatitis y de la gastritis sobreaguda.*

HEPATITIS.	GASTRITIS SOBREAGUDA.
Ictericia.	*No hay* ictericia.
Tension ó *tumor* en el hipocondrio.	*No hay tension ni tumor* en el hipocondrio.
Vómitos *medianamente frecuentes.*	Vómitos *casi continuos.*
Dolor al nivel *de las costillas falsas derechas.*	Dolores *epigástricos.*

Si la inflamacion ocupase particularmente el lóbulo izquierdo del hígado, se concibe muy bien que este diagnóstico diferencial pudiera ser insuficiente; pero en el estado actual de la ciencia no se le puede establecer de un modo positivo para los casos de este género.

Pronóstico.—El pronóstico de la hepatitis aguda es muy grave. Es verdad que algunos autores consideran como fácil la curacion de esta enfermedad, pero esto depende de la manera de apreciar el valor de los síntomas y de las lesiones. No cabe duda que las mas veces se han tomado simples congestiones por verdaderas hepatitis. Louis, que ha estudiado esmeradamente la anatomía patológica de esta afeccion, no reconoce la existencia de una verdadera inflamacion despues de la muerte, «si el hígado no contiene cierta cantidad de pus:» ahora bien, si á esta manera de ver se agrega la falta de cicatrices indicada mas arriba, nos vemos inducidos á creer que la verdadera hepatitis rara vez se cura. Sin embargo, Rilliet y Barthez

han citado muchos casos de terminacion feliz en los niños, y algunas veces se observan casos semejantes en los adultos. Los síntomas notados por estos autores eran la fiebre y la tumefaccion del hígado, que segun ellos podia sobresalir por debajo de las costillas falsas mas de *cuatro traveses de dedo*, y en fin, un dolor fijo en el hipocondrio.

§ VII.—Tratamiento.

Emisiones sanguíneas.—Mientras que los síntomas conserven un grado manifiesto de agudeza y el pulso esté dilatado, estamos autorizados á abrir la vena. En seguida se aplican las *sanguijuelas* y las *ventosas escarificadas* en el hipocondrio y en gran número. La aplicacion de las ventosas escarificadas se remonta hasta Areteo. Se deberán aplicar repetidas veces ocho ó diez ventosas, y treinta ó cuarenta sanguijuelas á la vez, repitiéndolas si el caso pareciese exigirlo.

Purgantes.—Unicamente diremos que solo cuando existe estreñimiento se deben administrar los purgantes ligeros, como el *sulfato de sosa* ó de *magnesia* y el *aceite de ricino* á la dósis de 30 gramos (1 onza), etc.

Mercuriales.—Si á pesar de tener la precaucion de dar los calomelanos á la dósis de un gramo (20 granos) empiezan á afectarse las encías, Anesley asocia los calomelanos á 5 gramos (1 grano) de *opio* por toma, ó bien 25 ó 30 centígramos (5 á 6 granos) de *ipecacuana* en polvo. Ordinariamente se administran los calomelanos á la dósis de 25 centígramos (5 granos) cada tres ó cuatro horas.

Las *fricciones mercuriales* han sido asociadas principalmente por Autenrieth al uso interno de los calomelanos. Este autor recomienda hacerlas alrededor del ombligo.

Vomitivos.—Generalmente se usa el *tártaro estibiado* á dósis emética.

Narcóticos.—En los casos de dolor agudo se prescriben los narcóticos, como 5 centígramos (1 grano) de *opio* ó de *extracto de beleño negro*, los *polvos de Dower* á la dósis de 10 á 20 centígramos (2 á 4 granos), etc. Girdlestone temia la supresion de la diarrea que estos medicamentos pueden producir; pero los hechos no prueban que esta supresion tenga alguna desventaja.

Se han aplicado *vejigatorios* sobre la region del hígado, y Lind (1) igualmente que Portal, ha insistido acerca de su utilidad; pero no habiendo tenido estos autores en consideracion la agudeza ó la cronicidad de los casos sometidos á su observacion, su asercion no tiene valor real. Tambien podria citar el *alcanfor*, los *ácidos*, la *infusion de árnica*, etc.; mas estos medios usados solamente contra algunos

(1) *Essai sur les maladies des Européens dans les pays chauds;* Paris, 1785, 2 vol. en 12.°

síntomas ó contra la debilidad, no han sido bastante experimentados.

Resúmen. —La *sangría*, las *sanguijuelas*, las *ventosas escarificadas*, los *minorativos ligeros*, las *aplicaciones emolientes* sobre la region del hígado, la *quietud*, la *dieta* y las *bebidas emolientes ó refrigerantes*, son los únicos medios que al parecer deben aconsejarse.

2.°—HEPATITIS CRÓNICA.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se da el nombre de hepatitis crónica á la inflamacion del hígado, que recorriendo lentamente todos sus períodos no determina una fiebre violenta. Despues de esta definicion se ve que esta forma de inflamacion es muy rara, sobre todo en nuestros climas, porque los abscesos del hígado no constituyen por sí mismo una hepatitis crónica sino que son propiamente hablando una consecuencia, la última fase de la hepatitis aguda. Lo que habia inducido á error sobre el grado de frecuencia de esta forma morbosa es que con frecuencia se habia atribuido á la hepatitis crónica ciertas afecciones conocidas bajo el nombre de obstrucciones, ingurgitamientos, tumefacciones del hígado, y que nosotros habiamos distinguido con la inflamacion legítima y descrita á parte bajo el nombre de hiperemia aguda y crónica; estado graso ó amiloideo del hígado, hepatitis sifilítica, etc. Una vez desvanecido el orígen de esta confusion se ve que la hepatitis afecta rara vez la marcha crónica, lo cual nos autoriza á no hacer de ella mas que una descripcion sucinta basada sobre los hechos observados por Andral, Pasquier, Dalmas en nuestros climas templados y particularmente en las observaciones recojidas por Dutroulau y Rouis en los paises tropicales.

§ II.—Causas.

Son las mismas que las de la hepatitis aguda y su modo de obrar si se esceptua el traumatismo es muy oscuro. Ruois sostiene que la hepatitis crónica ataca á las constituciones delicadas y blandas, á los indivíduos trabajados por los excesos ó las fiebres, segun el mismo autor la causa será la aptitud ligada á las variaciones de temperatura que se observa en el otoño y cuando se presenta en el verano reviste el carácter mas activo.

§ III.—Síntomas.

La *invasion* no está ordinariamente marcada por síntomas bien manifiestos: una incomodidad en el hipocondrio, con trastornos intestinales muy variables.

Cuando la enfermedad está confirmada se observa lo siguiente:

se siente hácia el epigastrio, y mas adelante hácia el hipocondrio derecho, un *dolor* por lo comun sordo y gravativo (cuatro veces en seis enfermos), algunas veces vivo, pero solo con intervalos mas ó menos largos, y que las mas veces se aumentan por la presion. Sin embargo, en algunos casos el dolor invade desde el principio el hipocondrio. Rara vez hay irradiaciones en diferentes direcciones, y cuando existen se dirigen hácia el hombro (lo que sin razon se ha establecido como regla general), ó bien hácia los lomos y el abdómen. En dos observaciones que tengo á la vista, no hubo mas que *incomodidad* y *pesadez* en la region hepática durante el curso de la enfermedad.

En la hepatitis crónica, la *ictericia* es mucho mas rara que en la hepatitis aguda: así pues, de diez veces seis se dice positivamente que no habia tinte ictérico. No se puede encontrar en el sitio de la lesion la causa real de la existencia de la ictericia, porque de cuatro casos de ictericia marcada, dos veces ocupaban los abscesos la cara convexa, una vez se hallaban diseminados en muchos puntos, y otra solamente se encontraban en la cara inferior.

En compensacion se observa con mas frecuencia el *aumento de volúmen* del hígado; en efecto, una sola vez entre diez el volúmen era normal, y en este caso, aunque la enfermedad haya tenido una duracion bastante larga (mas de dos meses), habia algunos signos de agudeza, al paso que en las demas observaciones se notaba un desarrollo considerable del órgano. Se ha observado principalmente este desarrollo considerable en el abdómen: el hígado sobresale de las costillas falsas dos, tres ó cuatro traveses de dedo y mas, y algunas veces, como en un caso citado por el doctor Pepper (1), su borde inferior baja hasta las inmediaciones de los huesos íleos.

La *palpacion* hace reconocer, además de un aumento de volúmen á veces enorme, que el órgano conserva su figura, á no ser que haya un absceso del hígado accesible á la exploracion, porque entonces hay un cambio en la forma y una sensacion particular al tacto, signos sobre los cuales insistiré en el artículo siguiente, en el que se tratará de los *abscesos del hígado*.

Por la *percusion* se reconoce sobre todo el aumento de volúmen hácia la parte del torax. Este aumento es algunas veces tan grande, que el pulmon derecho es rechazado, y el corazon puede igualmente ser empujado hácia arriba y á la izquierda.

De esta última circunstancia resulta una dificultad mayor ó menor de la *respiracion*; así es que los enfermos que tienen el hígado voluminoso á consecuencia de la inflamacion crónica, se sufocan con facilidad y suben dificilmente una escalera, como los que tienen una lesion del pulmon. El grado variable de opresion, así como el dolor que frecuentemente existe, se oponen igualmente á que estos sugetos lleven los vestidos algo apretados. Las mujeres se ven obligadas á

(1) Pepper, *American. Journ. of med. sc.*, Febrero 1838.

renunciar al uso del corsé y en algunos casos la mas ligera presion de los vestidos llega á ser desagradable.

Es evidente que el aumento de volúmen del hígado y sus consecuencias necesarias son de mucho valor en la historia de la hepatitis crónica. Cuando este aumento de volúmen existe con la ictericia y el dolor en una enfermedad de larga duracion, casi no se puede dudar que la inflamacion crónica se ha apoderado del órgano.

En esta afeccion hay, como en la hepatitis aguda, *trastornos digestivos*, pero son muy variables. Se observa una disminucion del *apetito*, ó un apetito caprichoso, tan pronto grande como mediano ó ninguno. Las digestiones son ordinariamente mas ó menos difíciles; no hay *sed* ó es poco intensa, la boca está á veces pastosa ó amarga y en una palabra se observan los diversos accidentes que se describian en otro tiempo con el nombre de *dispepsia*.

En el *conducto intestinal* hallamos los mismos síntomas variados que hemos notado en la hepatitis aguda: alternativas de *estreñimiento* y de *diarrea*, y rara vez dolores cólicos. Cuando hay estreñimiento, las deyecciones son por lo comun descoloridas; en el caso contrario son las mas veces biliosas. Cuando son purulentas es porque se ha abierto un absceso en el intestino.

La *orina* es natural cuando no existe ictericia, es decir, en el mayor número de casos. En los sugetos afectados de ictericia no se la ha examinado siempre, y si en las observaciones de este género no la encontramos rojiza y azafranada mas que en un corto número de casos, no se debe deducir de esto que semejante hecho se verifica rara vez. Lo que hay de cierto es que siempre que la orina ha presentado este aspecto bilioso habia ictericia, que es lo que he manifestado en la hepatitis aguda.

Los *síntomas generales* son poco marcados al principio de la enfermedad y en la mayor parte de su curso, así es que en la mayor parte de las observaciones se halla anotada la *falta de fiebre* casi hasta los últimos dias. Sin embargo, hay algunos casos en que se ha manifestado en una época poco avanzada y ha persistido hasta el fin un *movimiento febril* ligero, caracterizado por un calor seco, un poco de malestar, y alguna mayor frecuencia del pulso. En un corto número de sugetos sobrevienen despues de cierto tiempo ligeras exacerbaciones vespertinas, que algunas veces van precedidas de ligeros escalofrios; y una *estenuacion* lenta, indicada por el enflaquecimiento, la debilidad y la palidez cuando no hay ictericia, completa el cuadro de estos síntomas generales, que se refieren á la fiebre *hética* ó *purulenta*.

En los últimos tiempos de la enfermedad todos los síntomas pueden adquirir mas intensidad. El dolor se hace mas vivo, la fiebre mas ardiente, y mayor la dificultad de respirar. En estos casos el decúbito dorsal es á veces el único que es posible, de lo que se ve un ejemplo en las observaciones de Andral, y los enfermos acaban por

sucumbir estenuados, ó bien sobreviene una de las perforaciones que he indicado en el artículo *Hepatitis aguda*, y entonces se presentan los mismos accidentes, terminados ya por una muerte rápida, ya por la curacion. Pero este es un punto sobre el cual volveré á tratar cuando describa los fenómenos producidos por los *abscesos del hígado*.

Es fácil echar de ver que en la descripcion que acabo de trazar no he incluido la *infiltracion de los miembros*, ni la *ascitis*, ni las hemorroides ni la hepistaxis ni las *manchas hepáticas* indicadas por la mayor parte de los autores. En efecto, no he encontrado estos síntomas en las observaciones y como es demasiado cierto que casi siempre en la descripcion de la hepatitis crónica se han confundido enfermedades diferentes, es necesario dejar en duda, hasta tener mas datos, estos diversos signos que pueden pertenecer á afecciones de otra naturaleza.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

No siempre es contínuo el curso de la enfermedad, y de ello vemos un ejemplo notable de un curso intermitente irregular en una observacion recogida por Dalmas en sí mismo. En semejante caso ¿invade la inflamacion crónica, con diversos intervalos, diferentes puntos del tejido hepático? Esta es una cuestion que es sumamente difícil resolver. Sin embargo, se puede suponer que ordinariamente no sucede así, porque en la formacion aislada de un absceso del hígado no se encuentra un tiempo de suspension que pueda explicar los intervalos considerables de alivio mas ó menos completo que esperimentan los enfermos.

Por lo demás la evolucion puede ser completamente latente; Haspel y Ruois traen dos casos muy extraordinarios que no dejan duda alguna acerca de la realidad de esta marcha singular de la hepatitis. Se trata de dos indivíduos que sucumbieron repentinamente sin haber estado en cama y en los cuales el hígado era asiento de abscesos enormes, llegados á sus últimos períodos. En cuanto á la duracion, es ordinariamente muy larga pasando de un año en la mayoría de casos; frecuentemente aun segun Rouis la enfermedad atormentando al enfermo durante muchos años consecutivos se exaspera á cada cambio de temperatura.

La hepatitis crónica ¿puede terminar por resolucion? Esta terminacion admitida por un gran número de autores debe considerarse como muy rara, y aun escepcional cuando la enfermedad ha llegado al período de supuracion. El absceso una vez formado debe evacuarse el pus de una ó de otra manera y entonces segun la via que siga hay mas ó menos esperanzas de obtener la curacion. Sin embargo, en el mayor número de casos [illegible] la muerte es la terminacion mas frecuente.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Las lexiones anatómicas de la hepatitis crónica no se diferencian de las de la hepatitis aguda sino por algunas particularidades.

Los *abscesos* son, sin contradiccion, la lexion principal, y no se encuentran en los autores un solo caso de hepatitis crónica terminado por la muerte sin que haya habido una ó muchas colecciones purulentas.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

En la hepatitis crónica es ordinariamente muy fácil cerciorarse de si existe una enfermedad del hígado. El aumento de volúmen, qué es un fenómeno casi constante, y aun pudiera decir constante, en atencion á la suma rareza de las escepciones, es un carácter suficiente para indicar desde luego el sitio de la afeccion. ¿Pero qué especie de enfermedad crónica del hígado es la que se presenta? En esto estriba la dificultad, y esta á la verdad es muy grande.

Se ha citado á la *hipertrofia simple* de este órgano como una afeccion que podia confundirse con la hepatitis crónica; pero la existencia de esta hipertrofia presenta todavía algunas dudas, y por consiguiente no puedo exponer este diagnóstico antes de haber dicho algunas palabras acerca de esta lesion, que es lo que haré en uno de los artículos siguientes.

La simple *congestion sanguinea* no produce mas que una incomodidad mas ó menos grande. Por otra parte está siempre ligada con los trastornos de la circulacion que he indicado, y estos caractéres bastarán para darla á conocer.

El *cáncer del hígado* se distingue principalmente de la hepatitis crónica en que la superficie del órgano presenta prominencias duras que alteran la figura de su borde inferior, y en que la estenuacion es mas rápida y por consiguiente mas manifiesta.

En cuanto á las *hidátides*, dejo su diagnóstico diferencial para el artículo en que se trate de estos entozoarios.

No creo tampoco que debo presentar aquí el diagnóstico de la *cirrosis*; en efecto, ya hemos visto que uno de los principales signos de la hepatitis crónica es el desarrollo frecuentemente muy considerable del hígado; pero en la cirrosis este órgano disminuye mas ó menos de volúmen, salvo en algunos casos escepcionales que indicaré cuando haga la historia de esta enfermedad, circunstancia que basta por sí sola para distinguir las dos afecciones.

Pronóstico.—El pronóstico es necesariamente muy grave. Es verdad que se ha afirmado, y ya he tenido ocasion de decir algo de esto que por medio de los medicamentos fundentes se habia obtenido la resolucion de hígados muy voluminosos; pero repito que estos hechos no

tienen la suficiente exactitud. La principal esperanza es pues la abertura de los abscesos al esterior, ya directamente ó por el intermedio de los órganos huecos, como el intestino y los bronquios.

§ VII.—Tratamiento.

Se han prescrito los *antiflogísticos* y particularmente la *sangría*, bien del brazo ó del pie, las *sanguijuelas* al ano y las *ventosas escarificadas* sobre el hipocondrio derecho; pero lo que impide apreciar la eficacia de estos medios, es que muchas veces se han tratado con el nombre de *hepatitis crónica*, simples congestiones que efectivamente ceden con facilidad á su uso.

Se han usado frecuentemente los *mercuriales*, y se han alabado en particular las *píldoras de Plummer*, que se componen de esta manera.

R. Azufre dorado de antimonio.............. } aa 12 gram.
Calomelanos.......... }
Resina de guayaco...... 8 gram.
Jarabe de goma......... C. S.

Háganse píldoras de 30 gramos (6 granos). Se dan á la dósis de dos ó cuatro al dia.

Sœmmering (1) recomienda particularmente las *fricciones mercuriales* hechas en las plantas de los pies.

Todavía se ha empleado para hacer fundir los infartos del hígado de los cuales algunos se pueden atribuir á la hepatitis crónica, los *baños de mar* y el *agua de mar* tomada interiormente; pero la experiencia no ha manifestado aun lo que se debe pensar de esta medicacion.

El polvo y el extracto de *quina*, los *ferruginosos* y en una palabra, la *medicacion tónica*, son igualmente muy alabados; pero basta indicarlos, puesto que no tenemos hechos positivos que prueben su eficacia. Lo mismo sucede con el *galvanismo*, encomiado por La Beaume (2).

Algunos médicos, entre los cuales es preciso citar principalmente á Cheyne y Schlesinger (3), han insistido mucho en la eficacia de los *pediluvios nitromuriáticos*. El último de estos autores prescribe el siguiente pediluvio:

R. Acido hidroclórico.... 90 gram.
Acido nítrico .... 60 gram.
Agua pura................ 120 gram.

Tómese la tercera parte de esta mezcla y viértase en
Agua... .... 5550 gram.

(1) Sœmmering, *De morbis vasorum absorb.* Francfort-sur-le-Mein, 1795.
(2) La Beaume, *Du galvanisme appliqué à la médecine*, trad. de Fabré Palaprat. Paris, 1828.
(3) Cheyne, *Essys on the diseases of children, with Cases and dissections*. Edinburg, 1802.

El enfermo tomará un pediluvio por la noche, debiendo llegar el agua hasta las rodillas, y durará unos 20 minutos.

Tambien se ha preconizado el *cloro* (1), la *celedonia* (2), la *goma amoníaco*, el *musgo de Islandia*, etc.; pero en el estado actual de la ciencia estos medios no merecen mas que una simple mencion.

En esta enumeracion no debemos olvidar las aguas *minerales alcalinas*, tales como las de Vichy (3), de San Nectario, de Carlsbad, de Mont-d'Or, de Neris, de Plombieres, de Busang, etc. (4) Se han citado un gran número de casos en los cuales estas aguas, cuya base principal es el carbonato de sosa, han producido buenos efectos en las afecciones crónicas del hígado. Esta es la razon porque hablo de ellas aquí; ¿pero cuál es su accion particular en la hepatitis crónica? Esto es lo que no es posible decir.

Hidroterapia.—Scoutetten (5) refiere un hecho bastante curioso que debo indicar aquí. Se trata de un enfermo, que hacia ya cuarenta años que padecia del hipocondrio derecho, y que en la época en que se sometió al *tratamiento por el agua fria* tenia el hígado bastante voluminoso para ocupar una gran parte del abdomen. Dos temporadas de tres ó cuatro meses bastaron para producir una gran mejoría, y al cabo de dos años habia cesado el hígado de sobresalir por debajo de las costillas falsas. ¿Habia en este caso una hepatitis crónica? No se puede decir, y por consiguiente me limitaré á mencionar el hecho sin sacar ninguna consecuencia rigurosa para el tratamiento de la enfermedad de que nos ocupamos.

Exteriormente se aplican ordinariamente ya *cauterios*, ya *moxas* que sostienen por espacio de mucho tiempo; tambien se usa el *sedal*, en una palabra, se provoca una supuracion abundante, con el objeto de favorecer la resolucion de la inflamacion crónica.

En fin, añadiré que completan este tratamiento un *régimen* bastante severo sin ser demasiado debilitante, la *limonada tartárica*, ó mejor, en el concepto de algunos, la *limonada hidroclórica*, que se compone del modo siguiente:

R. Agua	1000 gram.	Acido hidroclórico para producir una grata acidez	C. S.
Jarabe de azúcar	60 gram.		

Mézclese exactamente. Se toma á medios vasos en el dia.

(1) Wallace, *Recherches respect. the med. power of chlor.* Dublin, 1823.
(2) Benedix, *Rust's Magazin*, 1823.
(3) Voy Petit, *Du mode d'action des eaux minérales de Vichy*, etc. Paris, 1850.
(4) *Dictionnaire générale des eaux minérales et d'hydrologie médicale.* Paris, 1860. t. I, p. 676 et suiv.
(5) Scoutetten, *De l'eau sous le rapport hygiénique et médical, ou de l'hydrothérapie.* Paris, 1843.

3.°—CIRROSIS.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

En vano buscaríamos descripciones de la cirrosis en las obras que han visto la luz pública antes de estos últimos años, porque esta lesion del hígado, que es una causa frecuente de la ascitis, habia sido desconocida ó confundida con otras alteraciones hasta Laennec (1). Este autor ha sido el primero que ha reconocido que en ciertos casos de ascitis presentaba el hígado una alteracion enteramente particular que creyó debia considerar como el resultado de una produccion morbosa. Boulland volvió á agitar la cuestion bajo el punto de vista de la anatomía patológica, y mas tarde Becquerel, Gubler (2) y Frerichs.

Se ha dicho que la cirrosis estaba caracterizada por un estado particular del hígado que da á los tejidos de este órgano el aspecto de la cera. Esta definicion me parece insuficiente, y creo que vale mas definir la cirrosis con Becquerel, una afeccion caracterizada anatómicamente por la hipertrofia de la sustancia amarilla del hígado, ó en otros términos de las granulaciones, coincidiendo en una época avanzada de la enfermedad, con una disminucion general del volúmen de este órgano. Se ha designado tambien á esta afeccion con el nombre de *estado granuloso del hígado*, y los alemanes le llaman *Muscatnussleber*. La *frecuencia* de la enfermedad no se halla todavía determinada de un modo riguroso.

§ II.—Causas.

Segun Becquerel (3), la etiologia de la cirrosis no seria tan difícil como habia parecido en un principio. Veamos, pues, cuáles son las circunstancias en que se ha desarrollado, segun este autor, y segun el corto número de observaciones que he podido reunir.

1.° *Causas predisponentes.—Sexo.*—Relativamente al *sexo* ha hallado Becquerel, que de sesenta y tres casos, cuarenta han recaido en hombres y diez y siete en mujeres, de donde ha concluido que los hombres están mas predispuestos á la cirrosis. Sin embargo, se puede considerar todavía á esta estadística como insuficiente, pues de cinco casos que he reunido hallo tres mujeres y dos hombres. Frerichs halló veinte hombres y seis mujeres en treinta y seis casos de cirrosis.

La *edad* es muy variable. En las observaciones que refiere Bec-

(1) Boulland, *Considérations sur un point d'anatomie pathologique du foie* (*Mém. de la Soc. d'émul.*, 1826, t. IX).
(2) Gubler, thèse d'agrégation. Paris, 1853.
(3) A. Becquerel, *Recherches anatomiques et pathologiques sur la cirrhose du foie* (*Arch. gén. de méd.*, Mayo y Junio 1850).

querel, la enfermedad ha sido mas frecuente entre treinta y cuarenta años, y en las de que acabo de hablar, ha variado entre treinta y tres y sesenta y nueve. Tambien los niños pueden padecer la cirrosis, de lo cual han citado Baron y Gherard un ejemplo cada uno. En treinta y seis indivíduos atacados de cirrosis, de los cuales Frerichs trae la historia, habia uno entre diez y veinte años, dos entre veinte y treinta, doce entre treinta y cincuenta, veinte entre cincuenta y setenta; en fin, una mujer tenia la edad de ochenta y dos años.

Constitucion.—Nada de particular ha hallado Becquerel en la *constitucion*, y en los sugetos cuyas observaciones he reunido generalmente era mediana. Se han colocado en el número de las causas de esta enfermedad la mala *nutricion* y los *excesos* de toda especie; pero la insuficiencia de los datos estadísticos no permite considerar á esta asercion como positiva, sobre todo cuando se trata de indivíduos observados en los hospitales, y en los cuales son tan frecuentes estas condiciones higiénicas.

Sin embargo, todos los autores consideran el abuso de los espirituosos como una de las causas que predisponen á la cirrosis. Asi es que los Ingleses han denominado esta afeccion *gin drinker's liver*. Las observaciones de Frerichs que, en treinta indivíduos atacados de esta enfermedad, ha hallado seis entregándose notoriamente á los excesos alcohólicos, vienen á confirmar tambien esta manera de ver.

Se la ha notado con bastante frecuencia en los que habitan en un sitio bajo, mal ventilado y húmedo.

2.° *Causas ocasionales.*—Entre las *causas determinantes* cita Becquerel en primera línea las *afecciones del corazon*, y ha explicado la produccion de la cirrosis como una consecuencia de las *numerosas congestiones* que se forman en el curso de esta enfermedad. La mitad de los sugetos que ha observado presentaban una afeccion del corazon anterior á la cirrosis; pero entre las cinco observaciones ya citadas, solo una vez se ha notado una estrechez del orificio auriculoventricular, cuya estrechez era poco considerable para ocasionar una estancacion notable de sangre en el hígado.

El *enfisema pulmonar*, que igualmente menciona este autor, no habrá tenido mas influencia que la de provocar el desarrollo de la afeccion del corazon.

Los *tubérculos* solo han podido considerarse como causa de la cirrosis en seis casos que ha observado Becquerel. En los que dejo citados, solo se han encontrado unos treinta tubérculos pequeños en un sugeto y uno solo en otro.

Así pues no parece que esté definitivamente demostrada la influencia de las enfermedades que acabamos de enumerar; sin embargo, resulta de esta análisis que es raro que sobrevenga la cirrosis en un indivíduo que no se halle padeciendo una afeccion extraña al hígado.

Las *afecciones morales* vivas, que tambien hubieran podido estudiarse entre las causas predisponentes, merecen que las mencionemos atendiendo á su accion bien conocida en la produccion de la ictericia. En dos de los enfermos, cuyas observaciones tengo á la vista, ha habido pesares muy intensos á los que ha seguido inmediatamente la invasion de la enfermedad. Esta causa solo se ha reproducido en dos de los sugetos de que habla Becquerel, de modo que en último resultado la proporcion es muy pequeña.

A las enfermedades que preceden, Frerichs añade tambien la sífilis, que él ha observado seis veces en treinta y seis casos concurren con la cirrosis y la fiebre intermitente, que tres veces habia precedido esta última afeccion. Sin embargo, segun el mismo autor seria probablemente una simple coincidencia, la induracion granulosa del hígado existiendo rara vez en los sugetos que han sucumbido á la caquexia palúdica.

Por último, no haré mas que indicar las *grandes fatigas* corporales y las *afecciones del conducto digestivo*, pues las primeras solo muy rara vez han existido, y las segundas casi siempre se han presentado despues de haber empezado la enfermedad del hígado.

§ III.—Síntomas.

Invasion.—Por lo comun solo se anuncia el principio de la afeccion por un poco de malestar, algunas veces hay una sensacion mas bien de incomodidad que de verdadero dolor en la region hepática, y con bastante frecuencia los indivíduos no perciben nada de esto, de tal modo que no empiezan á conocer su estado de enfermedad hasta que apareciendo la ascitis, notan que sus vestidos les aprietan demasiado. Pueden tambien coincidir con la aparicion de la afeccion hepática algunos trastornos digestivos, y principalmente una disminucion mas ó menos notable del apetito.

Síntomas.—Cuando ya está declarada la enfermedad, se observan los síntomas siguientes: algunos sugetos sienten un *dolor* que dista mucho de ser frecuente, bien sea en la region del hígado, bien en los lomos, bien, lo que es mas raro, en una parte del abdomen próxima al ombligo. Este síntoma solo ha existido dos veces en los casos que he reunido, y todavía ha sido mucho menos frecuente en los que ha analizado Becquerel. El dolor se ha presentado siempre ligero y sordo; la *presion* no ha hecho aparecer ninguno, á menos que no hubiese complicacion.

Segun las investigaciones de Becquerel, puede estar el hígado *aumentado de volúmen* en una época poco distante del principio de la enfermedad; pero en los casos que he reunido presentaba este órgano un volúmen notablemente inferior al que tiene en su estado normal, sin duda porque la enfermedad habia llegado á un período avanzado. Por lo demás, este aumento pasagero de volúmen nunca

es muy considerable, y no es posible que pueda hacer que se confunda la cirrosis con una de esas afecciones crónicas de que hablaré mas adelante, y en las cuales el hígado llega á ser enorme. No obstante, puede haber escepciones á esta regla, y así el doctor Requin (1) ha citado dos casos en los que lejos de estar disminuido el volúmen del hígado, estaba por el contrario aumentado de un modo notable, á pesar de hallarse ya la enfermedad en un período avanzado.

De aquí resulta que la *palpacion* solo ofrece por lo comun caractéres negativos, puesto que de cualquier modo que se la practique, cuando la enfermedad tiene ya cierta duracion, y aunque la misma ascitis no impidiese en muchos casos el que se hiciese de un modo conveniente, no se perciben debajo de las costillas falsas ni resistencia ni tumor.

Por la *percusion* se puede notar á veces que está disminuido el volúmen del hígado, y así en un caso que me ha comunicado Cossy, el sonido á macizo que produce este órgano solo se elevaba hasta la novena costilla.

La *ictericia*, dice Becquerel, es muy rara en la cirrosis; pero este autor hace notar que hay frecuentemente una *coloracion particular* de la piel, que describe del modo siguiente: «Esta coloracion de la piel, mas manifiesta en la cara y en el cuello que en las demás partes, está caracterizada por un tinte amarillento ligeramente térreo, que poco sensible y de un matiz ligero en algunos casos, puede adquirir por el contrario en otros un alto grado de intensidad, y dar sobre todo á la cara un color ligeramente cobrizo, que se aproxima al de la ictericia, á la que se puede atribuir hasta cierto punto, puesto que el fondo de las conjuntivas está un poco amarillo.» Es lástima que Becquerel no nos haya indicado la proporcion exacta de los casos en que se produce esta coloracion: en los que he reunido se ha presentado dos veces, otras dos ha faltado completamente, y en el quinto indivíduo habia una verdadera *ictericia amarilloverdosa* bastante intensa, que lo mismo ocupaba las escleróticas que todas las demás partes del cuerpo. La coloracion particular que ha descrito Becquerel me parece que no es otra cosa mas que una ictericia muy ligera, y que por consiguiente se debe examinar con mucha atencion.

La ascitis es uno de los fenómenos mas notables que se observan en el curso de la cirrosis, al mismo tiempo es uno de los fenómenos constantes, pues Frerichs la ha notado 24 veces en 36 casos. Segun las investigaciones de Becquerel no se forma hasta que la afeccion ha llegado á una época bastante avanzada, pero en cuya época es constante. Esto mismo se ha notado en las observaciones que tengo á la vista, en las que como he dicho antes de ahora, la cirrosis pre-

(1) Véase *Note sur un cas de cirrhose avec hypertrophie du foie*, par Mesnet (*Union médicale*, Martes 17 de Abril 1849).

taba siempre la forma crónica. Cuando la ascitis depende únicamente de la alteracion del hígado, presenta la particularidad de que desarrolla antes del *edema de las extremidades inferiores*, que es que se ha observado en los casos que he reunido. Además no empiezan las piernas á ponerse edematosas hasta al cabo de un tiempo veces bastante largo, y hasta su infiltracion puede continuar poco considerable y no estar de modo alguno en relacion con la abundancia del derrame en la cavidad del peritoneo. Cuando hay otras lesiones que dan origen á la anasarca, como las afecciones del corazon ó los riñones, puede suceder de diferente modo; pero entonces hallaremos la razon de esta anomalía aparente en los síntomas propios de estas enfermedades. Por lo demás la ascitis no presenta nada especial en estos casos, que recordaré en el artículo *Hidropesía*.

Una particularidad que Becquerel no ha mencionado y que sin embargo tiene grandísima importancia, es la presencia en el abdomen de *venas dilatadas* y *tortuosas* sumamente aparentes, que han sido descritas en tres de los cinco casos que ya he indicado, y que tal vez en los otros dos se ha olvidado el buscarlas. Insisto en este punto, porque tendré que recordarlos al hacer el diagnóstico de la ascitis. En un indivíduo se presentaba la dilatacion venosa en todo el abdomen, incluso el epigastrio.

En fin, se han observado hemorragias del pulmon, del cerebro, por el intestino, por el estómago y en el peritoneo. Explicadas entonces por un obstáculo á la circulacion en el hígado, han sido recientemente interpretadas de otra manera: Monneret las atribuye á una alteracion de la sangre determinada por la falta de eliminacion de ciertos materiales de la bílis, que quedan en la sangre, y le dan una notable fluidez. Gubler, apoyándose en los recientes descubrimientos de la fisiología, y reconociendo al hígado la propiedad de transformar la fibrina en bosquejo, casi fluida de la vena porta, en fibrina perfecta y resistente, halla en esta consideracion el medio de explicar las hemorragias. En efecto, si el hígado está profundamente alterado en su textura, la sangre de la digestion atravesando la glándula hepática sin sufrir allí las modificaciones ordinarias, se vaciará sin cesar en el torrente circulatorio de la fibrina delicuescente.

La *cara* puede permanecer natural en los primeros tiempos, pero mas adelante presenta, además de la coloracion de que hace poco hemos hablado, un enflaquecimiento notable, y está arrugada y contraida. Las *extremidades superiores* participan del enflaquecimiento general, y como no presentan infiltracion, hay una desproporcion notable entre su volúmen, el del abdomen y el de las extremidades inferiores.

En un principio solo sufre el *apetito* una disminucion poco considerable, y á veces se conserva, pero en una época avanzada de la enfermedad está notablemente disminuido y hasta hay una anorexia completa. En cierto número de casos sobrevienen *vómitos* mucosos

ó biliosos y *eructos* gaseosos; pero es imposible decir, en el estado actual de la ciencia, en qué relacion están estos síntomas con la afeccion hepática. La *sed* siempre es moderada, y el gusto de boca natural, á no ser hácia los últimos dias y cuando empieza la agonía, porque entonces la *lengua* suele ponerse roja y seca, ó cubierta de una capa gruesa. Es raro que haya *extreñimiento*, segun las observaciones de Becquerel, pero no se ha estudiado este síntoma de un modo bastante exacto en su memoria. Es indudable que sobreviene con bastante frecuencia una *diarrea* ligera, sea efecto de una complicacion ó provocada por los purgantes; pero fuera de estos casos, se puede decir que el extreñimiento es un fenómeno constante, y si en un sugeto ha notado Becquerel que las deposiciones han permanecido naturales en todo el curso de la enfermedad, se debe considerar este hecho como puramente escepcional. Cuando se halla muy próxima la terminacion fatal, suelen las evacuaciones hacerse involuntarias en un número bastante considerable de casos.

La orina disminuye; su color, rojo ó pardo, no es pálido sino por excepcion. Frecuentemente se nota la existencia de sedimentos rojos ó de un rojo azulado. En los casos en que la ictericia acompaña á la cirrosis, la orina es mas ó menos colorada por el pigmento de la bílis. Muy frecuentemente, 18 veces en 36 casos, segun Frerichs, la orina contiene albumina, cuya presencia se explica por la lesion de los riñones,que complica la afeccion del hígado.

La *respiracion* no se halla alterada á no ser en los casos en que la ascitis es muy considerable ó en que hay complicacion. El *pulso* varía entre sesenta y cien pulsaciones, cuyo último grado de frecuencia no adquiere hasta una época próxima á la agonía, y entonces puede hacerse irregular y desigual.

El *calor de la piel* permanece normal en el mayor número de casos, y aunque á veces se ha notado un *enfriamiento*, no se ha presentado hasta los últimos tiempos de la enfermedad. Hay un fenómeno mas notable, que es la *sequedad de la piel*, indicada por Becquerel y que he comprobado en mis observaciones. En un caso que ha recogido Cossy en la clínica del profesor Louis, no habia el *menor vestigio de sudor* ni aun en los sobacos, y se han administrado los sudoríficos y triplicado las mantas que cubrian al enfermo, sin poder producir ni el mas pequeño mador. Este es indudablemente un síntoma importante. La piel se halla al mismo tiempo rugosa y tiene el aspecto térreo, á lo menos en un gran número de casos.

Cuando la afeccion se aproxima á su fin, se observa en muchos enfermos un anonadamiento completo, con trastornos de las facultades intelectuales, y la agonía dura por lo comun muchas horas.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

Segun las observaciones de Becquerel, el *curso* de la enfermedad es contínuo, y es sumamente raro que haya remisiones, lo cual se ha notado igualmente en las observaciones particulares que dejo indicadas. Luego que se ha formado la ascitis se observa una exacerbacion constante de todos los síntomas, y si se practica la paracentesis, no tarda en reproducirse la hidropesía con la misma abundancia que tenia antes de operarse.

La *duracion* de la enfermedad es considerable en casi todos los casos; pero sin embargo, se observa á veces que los síntomas marchan con rapidez, aun cuando las lesiones tengan un carácter no dudoso de cronicidad. Así, un sugeto que ha observado Cossy en la clínica de Louis, en el hospital Beaujon, ha muerto á los dos meses de la época en que se suponia la aparicion de los primeros síntomas; pero es preciso notar que en tales casos, el primer fenómeno aparente es la ascitis, y que sin duda alguna la lesion del hígado era mucho mas antigua. Segun las observaciones que poseemos, la duracion es de cinco ó seis meses á un año y mas. Ya hemos dicho antes de ahora, que segun Becquerel, hay una *cirrosis aguda*, cuyos períodos son mucho mas cortos; pero es muy raro que en este estado la enfermedad ocasione por sí misma la muerte, y las mas veces hay que convenir en que esta cirrosis aguda no es mas que el primer grado de la enfermedad.

En todos los casos bien comprobados la *terminacion* ha sido funesta.

§ V.—Lesiones anatómicas.

En las alteraciones anatómicas el punto esencial es el desarrollo de las granulaciones.

Estas granulaciones están formadas, segun el profesor Andral, por la hipertrofia de la sustancia blanca del hígado, al mismo tiempo que está atrofiada la sustancia roja.

Becquerel ha adoptado esta opinion, pero segun Cruveilhier, no es toda la sustancia blanca ó amarilla del hígado la que se halla hipertrofiada, sino solo algunas granulaciones que adquieren un volúmen considerable, al paso que se atrofian las demás.

Becquerel ha observado que en el primer grado de la cirrosis adquiere el hígado un volúmen mayor que en el estado normal, y que á esta época se halla tambien el órgano congestionado. En las observaciones que tengo á la vista, nunca se ha presentado este estado. Mas tarde está por el contrario disminuido el volúmen del hígado (1),

(1) Véase mas arriba los casos escepcionales que ha observado el Dr. Requin.

tiene un color amarillo oscuro, como de cuero de botas, y en su superficie externa se encuentran por debajo del peritoneo granulaciones voluminosas que forman como mamelones yustapuestos y cuyo diámetro puede llegar á 4, 5 ó 6 milímetros (2, 2 ½ ó 3 líneas) (fig. 12). Cuando su volúmen es tan considerable, estas especies de mamelones están como amontonados, y se halla un gran número de ellos que están deformes á consecuencia de la presion que han ejercido los unos sobre los otros; pero no se encuentran mamelones muy pequeños al lado de otros voluminosos, como debiera suceder, segun el modo que tiene de considerarlos Cruveilhier. No obstante, se han citado casos en que el hígado estaba notablemente desfigurado y presentaba al exterior grandes prominencias separadas por intersecciones mas ó menos profundas, estado que tal vez dependia de esta atrofia parcial de que habla el autor que acabo de citar (fig. 12). Pero hay que tener cuidado tambien de no confundir con la cirrosis una simple atrofia del hígado, como se ha hecho algunas veces, porque en efecto semejante deformidad se puede presentar en esta última, y solo el estado de las granulaciones, voluminosas en la cirrosis y muy pequeñas en la atrofia, puede ilustrar al observador. Finalmente, en algunos casos raros, de los que se halla un ejemplo en uno de los hechos que refiere el profesor Andral, se halla una verdadera destruccion de cierto número de granulaciones que parece que han sido separadas por enucleacion, y que dejan pequeños huecos diseminados en el hígado, al paso que á sus inmediaciones están acumuladas las granulaciones en un espacio demasiado pequeño para contenerlas. Por otra parte, puede suceder que por consecuencia de una inflamacion crónica del peritoneo que viene á complicar la cirrosis, el hígado disminuye de volúmen, comprimido por bridas ligamentosas y por adherencias, toma una forma irregularmente lobulada, de lo cual nos presenta un singular ejemplo las figuras 13 y 14 extractadas de Frerichs.


Figura 12.—Cirrosis del hígado.—Atrofia del lóbulo izquierdo.

Los diversos estados que acabo de describir corresponden á los tres grados que admiten los autores.

El tejido que rodea las granulaciones, es decir, la sustancia roja, la parte eminentemente vascular del hígado, se atrofia por el contrario de un modo evidente, de tal suerte que entre los granillos no tiene mas grueso que el de una película delgada. Es fácil convencerse de esto separando por enucleacion las granulaciones, lo que siempre es asequible cuando han llegado á adquirir un volúmen

considerable, y quedará entonces una cavidad redondeada, cuyas paredes lisas son tan delgadas y trasparentes que dejan percibir las granulaciones inmediatas. Solo con trabajo se logra descubrir en este tejido algunos vasos extremadamente ténues.


Figura 13.—Hígado cirroso y dividido en lóbulos, en un caso de peritonitis crónica, (cara superior).
(Frerichs, fig. 61).


Figura 14.—El mismo hígado, (cara inferior).
(Frerichs, fig. 62).

La vejiga de la hiel y los conductos biliarios no ofrecen nada de particular. En los casos en que el hígado ha esperimentado una deformidad considerable, no es raro ver en su superficie bridas que le unen á la pared abdominal y al diafragma, cuyas bridas vienen á insertarse en las intersecciones. Por último, se hallan en el corazon, en los pulmones, etc., vestigios de las diversas enfermedades que complican á la cirrosis, y de las que hemos hecho mencion antes de ahora.

Gubler (1), asegurando más las opiniones de Andral y Boulland, hace jugar un papel importante al desarrollo de un tejido célulo-fibroso de nueva formacion y á la retraccion de este tejido.

El trabajo morboso del cual resulta la cirrosis, puede dividirse en tres períodos:

1.° Al principio congestion hiperémica activa; infiltracion plástica de la sustancia vascular roja; el hígado aumenta de volúmen.

2.° En el segundo grado, la linfa plástica depositada en los in-

(1) Gubler, *Théorie la plus rationnelle de la cirrhose*, thèse de concours pour l'agregation. Paris, 1853.

tersticios de la sustancia roja, se organiza en tejido célulo-fibroso, de lo cual resulta la hipertrofia de la cubierta fibrosa de la glándula. Al mismo tiempo se condensa el nuevo tejido, y por consecuencia de su compresion, produce un obstáculo notable á la circulacion de la sangre, y al curso de la bílis. Resulta una distension mecánica y un aumento hipertrófico del volúmen de la sustancia secretora, y de aquí la formacion de las granulaciones, etc.

3.° En fin, en el último período el tejido fibroso de nueva formacion, continuando en su retraccion, cierra la red capilar sanguínea, comprime los conductos excretores situados en la base de los lóbulos, y á la larga determina la disminucion del volúmen total del órgano y diversas alteraciones de forma. (Gubler.)

Por lo demás, Gubler ha dado á conocer, por las observaciones de Fauvel y Lediberder, una dilatacion varicosa de las venas esofágicas, destinadas á suplir la circulacion de la vena porta á la vena cava superior. Estas varices son frecuentemente casos de hemorragia.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—Becquerel ha establecido el diagnóstico de un modo exacto, y así creo que nada puedo hacer mejor que tomar casi completamente de este autor esta parte de la descripcion de la cirrosis.

Este autor distingue primero la cirrosis de la *hidropesia enquistada de los ovarios*, por los signos siguientes: como esta última enfermedad tiene su asiento en los ovarios, solo se desarrolla en las mujeres; la tumefaccion del vientre es mas lenta y las paredes de esta cavidad presentan una forma diferente de la que es propia de la ascitis. Por mi parte añado que por medio de la percusion se limita el quiste, y podemos asegurarnos de que no hay derrame en el mismo peritoneo. Volveré mas adelante á ocuparme de este punto. Además de esto no se presenta la coloracion particular de la piel que antes de ahora hemos indicado, ni existe el color amarillo de naranja, ni se nota en fin el depósito latericio de las orinas.

La *peritonitis crónica* se distingue por los dolores abdominales espontáneos ó á la presion, por la falta de la coloracion de que hemos hablado, por la fiebre hética y por los signos de los tubérculos pulmonares, porque la peritonitis crónica es dependiente, como todos saben, de la presencia de granulaciones tuberculosas en la membrana peritoneal.

Sin embargo, es preciso no dar demasiado valor á este signo, porque la peritonitis puede existir en un grado muy manifiesto, sin que las granulaciones tuberculosas del pulmon sean bastante abundantes para ofrecer síntomas apreciables. Pero debo añadir que en estos casos no está tan caracterizada la fluctuacion abdominal como

cuando existe una ascitis dependiente de la cirrosis, y no puedo prescindir de presentar aquí la advertencia siguiente que ha hecho el profesor Louis (1): «Se observa, dice este autor, que en la peritonitis crónica sobreviene una desaparicion mas ó menos lenta del derrame, á consecuencia de la cual el vientre, ligero y totalmente meteorizado, permite distinguir las circunvoluciones de los intestinos distendidos á consecuencia de la dificultad con que recorren sus sinuosidades las materias que contienen.» No sabemos que se observe nada parecido en la cirrosis, y que por el contrario la ascitis hace contínuos progresos.

La *hepatitis crónica* tiene por caractéres un desarrollo notable del hígado y un dolor mucho mas constante y mas pronunciado que el de la cirrosis. Al mismo tiempo se observa cierto movimiento febril, y finalmente falta la ascitis, circunstancias que son mas de las que se necesitan para formar el diagnóstico de un modo seguro.

Expondremos el diagnóstico de la cirrosis y del *cáncer del hígado* en uno de los artículos siguientes.

Queda ahora una afeccion de que no ha hablado Becquerel, y que sin embargo es importante: la *ascitis dependiente de la obliteracion de las venas gruesas*, enfermedad que es tanto mas necesario tomar en consideracion, cuanto que en la afeccion del hígado de que nos estamos ocupando se hallan dilatadas con bastante frecuencia las venas que serpean por la pared abdominal, como ya hemos dicho antes de ahora. Debo hacer notar aquí este hecho, reservándome volver á ocuparme de él cuando trate de la ascitis.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° *Signos distintivos de la hidropesía enquistada de los ovarios y de la cirrosis.*

CIRROSIS.	HIDROPESÍA ENQUISTADA DE LOS OVARIOS.
Mas frecuente en los hombres que en las mujeres.	Ataca exclusivamente *á las mujeres.*
Coloracion particular de la piel.	No *hay coloracion particular* de la piel.
Orina de color *amarillo rojizo* con sedimento latericio.	Orina *natural.*
Tumefaccion *mas rápida* del vientre.	Tumefaccion *mas lenta* del abdómen.
Abdómen *uniformemente desarrollado.*	Configuracion particular del vientre; *ovarios desarrollados* y limitados *por la percusion.*

(1) *Rech. sur la phthisie*, 2.ª edic., p. 295.

2.° *Signos distintivos de la peritonitis crónica y de la cirrosis.*

CIRROSIS.	PERITONITIS CRÓNICA.
Coloracion particular de la piel.	*No hay coloracion particular.*
Poca ó ninguna fiebre, á no ser que haya complicaciones.	*Fiebre héctica.*
No hay dolores de vientre.	*Abdómen doloroso* espontáneamente y á la presion.
No existen signos de tubérculos, á no haber complicaciones	*Signos de tubérculos* pulmonares. (Signo dudoso).
La escitis hace *contínuos* progresos.	*Desaparicion del derrame*; meteorismo, y *en seguida son perceptibles las circunvoluciones de los intestinos.*

3.° *Signos distintivos de la hepatitis crónica y de la cirrosis.*

CIRROSIS.	HEPATITIS CRÓNICA.
El hígado no *sobresale* de las costillas, fuera de los casos excepcionales.	El hígado *sobresale* notablemente de las costillas.
No hay dolor ó es muy lijero.	*Dolor ó incomodidad* mas constante y mas marcada.
Poca ó *ninguna* fiebre.	*Fiebre* mas constante y mas manifiesta.
Ascitis.	*No hay* ascitis.

Pronóstico.—Es casi inútil hablar del pronóstico cuando ya dejamos dicho antes de ahora que la terminacion de la enfermedad en los casos bien comprobados ha sido constantemente fatal. Tal vez mas adelante y haciendo el diagnóstico nuevos progresos se llegue á deducir alguna otra conclusion; pero esta es la que resulta de los hechos actualmente conocidos. Todo cuanto debo decir aquí se reduce á que la gravedad de las complicaciones y la rapidez con que se reproduce la ascitis despues de la puncion son signos pronósticos que es necesario tomar muy en consideracion.

§ VII.—Tratamiento.

De cualquier modo que se haya estudiado el tratamiento ha sido forzoso reconocer que ninguno de los medios empleados habia logrado contener el curso de la enfermedad, y hasta resulta de las observaciones que los síntomas principales no han experimentado la menor modificacion bajo la influencia de las medicaciones que se han puesto en uso. Cuanto tenemos, pues, que decir respecto á este punto se reduce á hacer mencion de los remedios prescritos para llenar las indicaciones que cada uno ha creido hallar en los fenómenos morbosos.

Se han aplicado *sanguijuelas* al ano y á la region hepática, se ha

cubierto esta parte de *vejigatorios* y se han abierto en ella *cauterios*. Tambien se han prescrito los *diuréticos*, tales como el *jarabe de puntas de espárragos*, la *digital*, el *nitrato de potasa*, etc., sin lograr disminuir en nada la hidropesía. Lo mismo ha sucedido con los *purgantes repetidos*, que tienen el inconveniente de debilitar al enfermo. Rara vez se han dado los diversos medicamentos que se designan con los nombres de *desobstruentes* y *fundentes*, sin embargo de que á ellos es á los que el práctico deberá principalmente recurrir; pero no creo que debo indicarlo aquí, puesto que los hallará expuestos en el artículo *Hepatitis crónica*.

Monneret (1) dice haber empleado con alguna ventaja las *píldoras azules* á dósis pequeñas y alterantes (5 á 10 centígramos) de una á cinco por dia. Están formadas de conserva de rosas y mercurio metálico. Él les asocia *las aguas alcalinas de Vichy*, el *agua de sosa*, y al exterior *los baños alcalinos* ó *sulfurosos*.

Cuando la tumefaccion del vientre es considerable y hay dificultad de respirar se practica la *paracentesis*, operacion en que insistiré en el artículo *Ascitis*; pero no tarda en volver á presentarse el derrame peritoneal, y hay necesidad de recurrir muchas veces á esta operacion, sin mas provecho que el de proporcionar un alivio momentáneo. En un sugeto que ha observado Cossy se formaba inevitablemente una hernia inguinal en cuanto se llenaba el peritoneo. En los casos de este género se debe practicar la puncion mas pronto que en los demás á fin de prevenir el atascamiento intestinal.

4.° HEPATITIS SIFILITICA, SÍFILIS DEL HÍGADO.

Ya hemos consagrado un corto capítulo á estas alteraciones especiales del hígado, describiendo la sífilis. Los antiguos, si no conocieron, al menos supusieron la parte que toma el hígado en la infeccion sifilítica. Bajo la influencia de las teorías galénicas se le habia atribuido á esta glándula un papel muy exagerado, porque en ella colocaban el orígen de la depravacion de los humores, cuya manifestacion es la sífilis. Esta opinion de la afeccion primitiva del hígado, aceptada al principio por Brassavole, por Antonio Gallus y por Falopio, era sostenida aun durante el siglo XVII por Keil, Jonston y Ronchin (de Montpeller). Es verdad que notada desde su origen, no habia prevalecido jamás de una manera completa; Cutaneus, Botal y Paracelso la habian combatido enérgicamente, afirmando que la afeccion del hígado era secundaria y consecutiva á la corrupcion de los humores por el vírus sifilítico; sin embargo, la cuestion estaba sin decidir, no pudiendo resolverse sino con la ayuda de una série de observaciones anatómicas recogidas con cuidado. Siguiendo esta via, y fundándose en todos los hechos de anatomía patológica observados

(1) Monneret, *Archives générales de médecine*, Setiembre de 1852.

hasta su tiempo, Th. Bonet reconoció que la alteracion del hígado está lejos de coincidir con la sífilis, y prueba claramente el error de los que atribuyen esta diátesis á la accion de la glándula hepática. Desde entonces la importancia del hígado, por lo que respecta á la sífilis, no hizo mas que disminuir, sobre todo despues de que Morgagni afirmó que jamás habia hallado enfermo el hígado de los sifilíticos en que habia hecho la autopsia. Así, aunque Astruc, Van Swieten y Portal hayan citado algunos casos en que el hígado presentaba lesiones de orígen sifilítico, dejó de fijarse la atencion en este género de alteraciones hasta estos últimos tiempos, en que Ricord describió en los pulmones, en el corazon y en el hígado tumores que él compara á los tumores gomosos. Ya Rayer habia observado y descrito ciertas lexiones del hígado, á las cuales habia señalado un orígen sifilítico, y habia dado la señal para volver á estudios injustamente despreciados. A partir de esta época, la sífilis del hígado vuelve á ser objeto de numerosos é importantes trabajos, entre los cuales citaremos los de Dittrich, de Gubler, de Wilks, de Lecontour, de Blachez, de Frerichs, y en último lugar de Lancereaux.

§ I.—Formas.

La diátesis sifilítica se manifiesta en el hígado bajo tres formas diferentes:

1.° Como hepatitis intersticial simple y como perihepática: 2.° Como hepatitis gomosa: 3.° Como degeneracion ceruminosa ó amiloidea.

1.° *Hepatitis intersticial y perihepática.*—En ciertos individuos, acometidos de sífilis constitucional se hallan sobre la cara del hígado cicatrices en forma de pliegues ó rayas cuyo aspecto es blanquecino. Asientan de preferencia en la cara convexa de la glándula, y son, en algunos casos bastante numerosas para dar al hígado una forma irregularmente lobulosa, tal como la representa la figura 15. Rara vez se les encuentra en el interior del órgano, sin embargo, Lacenreaux ha observado y descrito esta disposicion. El hígado no se halla dividido entonces en lóbulos como en el caso precedente; sin embargo, presenta á veces marcas de trabajo cicatricial que del centro camina á la periferia, y su superficie parece anfractuosa, como se puede ver en la figura 16. Por consecuencia de este trabajo de cicatriz la cubierta del hígado (cápsula de Glinon) está frecuentemente unida por adherencias á las vísceras vecinas.

2.° *Hepatitis gomosa.*—Los tumores gomosos del hígado son una manifestacion frecuente de la sífilis hepática. Lancereaux halló doce casos de esta naturaleza en veinte y cuatro. Los tumores gomosos se presentan en el hígado bajo el aspecto de nudosidades blanquecinas ó amarillentas, redondas, secas, cuyo volúmen varía entre el de una lenteja y el de una nuez. Un carácter de estos tumores, sobre el cual

insiste particularmente Lancereaux, es que ordinariamente están circunscritos por una zona fibrosa, grisácea, vascular que los envuelve



Fig. 15.—Hígado deformado y dividido en lóbulos por las cicatrices sifilíticas. (Frerichs, fig. 72).



Fig. 16.—A. Lóbulo derecho.—*a*. Lóbulo izquierdo.—*b*. Vesícula biliar.—*c*. Ligamento suspensorio.—*d*. cicatriz de la superficie del hígado.—*e*. Cicatriz con depresion de la superficie.

como un quiste, y de la cual es perfectamente posible enuclearlos (1).

La composicion elemental de estas nudosidades gomosas es análoga á la de los tumores de la misma especie, que en la sífilis constitucional se hallan en el tejido celular subcutáneo, debajo del periostio, etc.

3.° *Degeneracion ceruminosa ó amiloidea.*—Esta lesion no pertece exclusivamente á la sífilis; se la ve coincidir con los males antiguos de los huesos, con la tísis pulmonar, la infeccion palúdica, en una palabra, con las caquexias, y esta es la razon porque parece que acompaña á la sífilis. Ciertos autores le han negado toda conexion sifilítica y la han atribuido al abuso del mercurio. Mas esta opinion parece ser errónea, porque diversos autores, entre ellos Frerichs, la han observado en sugetos sifilíticos, que anteriormente no habian estado sometidos á ningun tratamiento mercurial; y Gubler la ha señalado como un carácter de la sífilis de los recien nacidos.

En su principio la lesion es poco marcada: se nota despues que la mitad de los *acini* se vuelven de un color amarillo rojo, trasparente y mas compacto, y cuando se les hace un corte profundo en los bordes aparece de un color gris mate, de suerte que la extructura acinosa ó

(1) Lancereaux, *Traitè de la siphilis*. Paris, 1866.

en forma de racimo, se ve mas claramente. Si se moja un trozo de la glándula con una disolucion iodada, los puntos brillantes y trasparentes se vuelven de un rojo intenso, mientras que el feston que los rodea toma solamente un tinte amarillo pálido. Por los progresos de la alteracion el aspecto brillante y ceruminoso se propaga poco á poco á toda la extension de los lóbulos, y el parenquima acaba por presentar una superficie unida, de un color rojo que tira á amarillo, un poco brillante, que no se interrumpe sino por la abertura de los vasos.

El volúmen del hígado depende del grado de la degeneracion, y aumenta notablemente cuando esta es muy pronunciada. Frecuentemente y cuando se da la coincidencia de cicatrices sifilíticas, el órgano toma una forma lobulosa, y su superficie está cubierta de rugosidades mas ó menos fuertes. En fin, las células están alteradas en su textura, su contenido granuloso desaparece desde luego, pues su núcleo, en fin, sus paredes, acaban por alterarse, y el elemento secretor del órgano se destruye así. Cambios análogos se verifican en los pequeños vasos, cuyas paredes se espesan, cuya abertura se disminuye y frecuentemente se oblitera del todo.

§ II.—Síntomas.

La hepatitis sifilítica, cicatrices y tumores gomosos, parece coincidir, segun Frerichs, con el período terciario de la sífiles. Sus síntomas durante la vida son á veces tan poco notables, que pueden pasar desapercibidos. Sin embargo, hay casos cuyos signos son bastante notables que el diagnóstico se hace posible. Entre los mas constantes se deben notar los dolores en la region hepática, que unas veces están circunscritos y otras ocupan la totalidad del órgano. Ordinariamente estos dolores son sordos, compresivos y alguna vez bastantes vivos para hacerse muy penosos. Su duracion puede ser muy larga; unas veces son contínuos, otras intermitentes y los accesos se acompañan de una ligera fiebre. La ictericia es mucho mas rara, de ordinario poco marcada y de corta duracion: en algunos casos era debida á la obliteracion de un conducto biliar por el trabajo cicatricial, y su duracion entonces era mas considerable. Cuando la ictericia y los dolores faltan, puede revelarse frecuentemente la lesion por cambios sobrevenidos en la forma y en el volúmen de la glándula. El volúmen se modifica poco ordinariamente, pero la forma sufre importantes cambios; con frecuencia la superficie ó cara exterior del órgano está dividida en lóbulos irregulares por surcos, y algunos de estos lóbulos forman tumores redondeados y salientes, que puesto que pueden descubrirse por medio de la palpacion, ayudan poderosamente al diagnóstico, sobre todo cuando se ha reconocido, concurriendo otros síntomas que indican la coexistencia de la sífilis.

Tales son los principales accidentes que caracterizan las dos primeras formas de la sífilis del hígado; en cuanto á la degeneracion

amiloidea se la reconocerá por los síntomas generales del estado caquéctico que la acompaña. Por lo demás el hígado ordinariamente está aumentado de volúmen, su superficie es lisa, pero su consistencia muy firme: el hipocondrio derecho es sitio de una sensacion de plenitud, y se vuelve dolorosa cuando coincide con una hepatitis sifilítica. La icteria es muy rara, la ascitis un poco mas frecuente. Mas frecuentes aun son los desórdenes digestivos. El apetito se pierde, alguna vez la lengua permanece limpia; se presentan con frecuencia vómitos; en fin, sobreviene una diarrea mucosa de color blanquecino que persiste durante semanas enteras, ó reaparece de tiempo en tiempo.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

La coincidencia de la sífilis, ó su existencia anterior, será uno de los medios mas seguros para apreciar con justicia la naturaleza de la inflamacion del hígado de que se trata. La confusion con el cáncer es, en ciertos casos, difícil de evitar. Se podrán sin embargo distinguir los tumores sifilíticos de los cancerosos por su gran blandura: por otra parte los dolores son menos agudos, y ordinariamente pasajeros; en fin, en los casos de degeneracion amiloidea se nota frecuentemente una tumefaccion del bazo y la albuminuria.

La hepatitis sifilítica reclama rara vez una intervencion activa de la terapéutica; el reposo, las cataplasmas calientes, los purgantes salinos, á veces una emision local de sangre, y mas tarde el ioduro potásico son suficientes para las indicaciones. Por lo demás no debe perderse de vista la diátesis, cuya consecuencia es la hepatitis; y si se teme alguna recidiva para el porvenir, se está autorizado para recurrir á un tratamiento antisifilítico que se vigilará con cuidado. Contra la degeneracion ceruminosa se emplea un tratamiento mas complejo. En este caso los agentes mas eficaces, serían, segun Frerichs, las preparaciones iodadas, tales como el ioduro potásico y el ioduro de hierro, á las cuales si es posible se añadirá el uso de las aguas sulfurosas, como las de Aix-la-Chapelle, d'Aix de Saboya, de Luchon, d'Enghien. Graves ha visto egercer una influencia favorable á las píldoras azules administradas al mismo tiempo que el ioduro de potasio, y Budd ensalza la accion del clorhidrato de amoniaco administrado á la dósis de 5 ó 10 granos tres veces al dia; pero nosotros preferimos el tratamiento por los ioduros de hierro y de potasio, y las aguas sulfurosas que ya hemos indicado.

No hay para qué decir que se favorecerá la accion de la medicacion que se haya elegido por un régimen propio á mejorar la nutricion, por medios capaces de escitar las funciones de la piel, y por el empleo de purgantes ligeros, como el ruibarbo, si el intestino se muestra perezoso.

ARTÍCULO III.

ABSCESOS DEL HÍGADO.

§ I.—Causas.

Tratando de la hepatitis aguda y crónica hemos indicado la manera sin duda mas frecuente con que se producen los abscesos del hígado: sin embargo, en algunos casos particulares se han podido atribuir á la fusion de los tubérculos en este órgano, y Louis en uno de los hechos que ha citado (observ. V) se ve inducido á admitir esta formacion particular, sin afirmar por eso de su existencia.

Cuando se inflaman las cavidades que encierran hidátides, resulta una supuracion que constituye igualmente una especie de absceso; pero ya hablaré mas particularmente de él cuando trate de estos entozoarios.

En fin, frecuentemente los abscesos del hígado, así como la hepatitis de que son una consecuencia, son consecutivos á la disentería y á las ulceraciones intestinales, que constituyen la lesion anatómica de esta enfermedad. Esto es lo que han puesto fuera de duda los cirujanos militares que los han observado en Africa (1); y recientemente el doctor Fuller (2) ha referido un caso de absceso del hígado en el que esta lesion era evidentemente consecutiva á numerosas úlceras intestinales.

§ II.—Síntomas, curso y terminacion.

Cuando el pus se ha coleccionado para formar un absceso, ó bien está (encerrado) retenido en el interior de una víscera, lo cual no tarda en producir el abatimiento del enfermo en medio de los síntomas de la fiebre héctica ó de la infeccion purulenta, ó bien tiende á abrir paso al exterior, lo cual se puede reconocer por la fluctuacion que se hace perceptible, ó bien, en fin, tiende á buscar una via á traves de las vísceras que están próximas al hígado, se vierte en ellas, sea en el intestino, sea en los pulmones.

Nosotros poseemos un gran número de ejemplos de este modo de terminacion. En el caso citado por Dalmas se *abrió el absceso en el intestino*, y despues de algunos trastornos intestinales acompañados de un poco de fiebre, no tardó en verificarse la curacion. En otras circunstancias, como en un caso referido por Colledge, se abrió el absceso por *varios puntos diferentes*. El sugeto en quien ocurrió este ca-

(1) Véase Haspel, en las *Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*. t. LV, et LX.—*Traité des maladies de l'Algérie*. Paris, 1850 y 1852, 2 vol. in-8.—Cambay, *Maladies des pays chauds*. Paris 1847.
(2) Fuller, *London medical Gazette*, Abril 1847.

so bien notable, despues de haber presentado los síntomas de una enfermedad aguda del hígado, espelió mucho pus por el ano, y las deyecciones purulentas fueron seguidas de una mejoría tan perceptible, que se podia creer que el enfermo habia recobrado completamente la salud. Pero habiéndose reproducido los síntomas de la afeccion hepática al cabo de un mes, hubo *rotura en el pulmon*, espectoracion considerable de pus y en seguida curacion completa.

De diez casos de abertura de abscesos en el pulmon, y de salida del pus por los bronquios, reunidos por Faucconeau Dufresne, cinco se curaron. Estos casos han sido recogidos, dos por Hebread, uno por Stokes, otro por Passaquay, y el quinto por Schrœdter (1).

El doctor Bentley (2) ha citado un caso en el que habiéndose *abierto en el pericardio* un absceso del hígado, ocasionó una *pericarditis sobreaguda* prontamente mortal. El doctor Allan ha referido un hecho parecido, y en los *Archivos de Medicina* (3) se encuentra un tercer ejemplo de esta rotura en el pericardio.

Rouis nos ha dado el análisis de 203 casos de abscesos del hígado. En 17 casos la supuracion se hallaba diseminada en muchos puntos, solamente cierto número de abscesos habia traspasado la periferia de la glándula. En fin, en 90 casos, la coleccion purulenta se habia evacuado completamente. De este número 19 habian abierto paso á traves de la pared toraco-abdominal; 43 habian atravesado el pulmon y los bronquios; 8 se habian derramado en el estómago; 7 en el colon transverso; 14 en el peritoneo; 1 en el pericardio. En fin, el pus habia salido una vez por el duodeno, dos veces por la vejiga y conductos de la bilis.

La espectoracion y las deyecciones purulentas están algunas veces mezcladas con sangre, sanies sanguinolenta y bilis, y contienen á veces cálculos biliarios; en este último caso el absceso ha existido primitivamente en la vejiga de la hiel.

Puede suceder tambien que el pus se vierta en el duodeno *sin que preceda rotura del absceso*, como lo ha observado Saunders (4). En tales casos se abren en el absceso los conductos biliarios gruesos, y derraman el pus en el conducto colédoco que le trasporta al intestino.

No volveré á repetir lo que dejo ya dicho respecto á la terminacion prontamente mortal que ocasiona la rotura del absceso en el peritoneo y en la vena cava, y solo añadiré para concluir lo que tengo que decir acerca de estas diversas perforaciones, que aun en los casos en que se verifican en órganos huecos que conducen el pus al exterior, la terminacion no siempre es favorable. Se halla la prueba de esto en un caso que cita Pepper, y en el que la espectoracion del

(1) Schrœdter, *Revue médicale*, Abril 1846.
(2) Bentley, *London medical Gazette*, Diciembre, 1848.
(3) *Abcès du foie ouvert dans le péricarde (Journal de Progrès*, t. V, et *Archives générales de médecine* 1.er série, 1828, t. XVIII, p. 98).
(4) Saunders, *A treatise on the structure, etc., of the Liver*. London, 1800.

pus contenido en el absceso del hígado no ha evitado que sucumbiese el enfermo. En tales casos sobreviene la muerte, ó porque los abscesos son múltiples, que es lo mas comun, ó porque despues de evacuado un absceso único se forman otros cuya abertura no es tan feliz, ó en fin, porque continuando la supuracion y llegando á inflamarse los órganos por donde atraviesa para salir al esterior, sobreviene una estenuacion mortal.

Se hallan diversos ejemplos de estas terminaciones en una Memoria de Petit, hijo (1): en un caso entre otros fué notable el curso de la enfermedad, porque despues de haberse abierto el absceso en el intestino, cuando por una causa difícil de apreciar el pus detenido en la cavidad accidental no podia verterse en aquel órgano, se reproducian los signos de la afeccion hepática para cesar en cuanto las deposiciones se hacian purulentas.

Pero hay otros casos, y estos son los que conviene especialmente que examinemos aquí, en que *el absceso presenta una tendencia manifiesta á abrirse al exterior* atravesando las paredes del hipocondrio, formándose entonces en un punto limitado de esta region ó del epigastrio un punto saliente, en cuyo vértice la piel se pone rubicunda y se adelgaza al cabo de un tiempo mas ó menos largo. Esto fué lo que sucedió en el caso que ha observado Pasquier y que hemos citado antes de ahora. La *fluctuacion*, que al principio es profunda, se hace en seguida superficial y disipa todas las dudas. No insisto mas en estos pormenores porque seria usurpar demasiado el dominio de la cirujía y solo añadiré que segun la observacion de Boyer (2), la fluctuacion se percibe á veces en varios puntos del tumor, que nunca está aislado y como separado de las partes que le rodean. Se han citado ejemplos bastante numerosos de focos purulentos, que partiendo del hígado, se han abierto en diversos puntos del tronco y hasta en la parte interna del muslo, simulando entonces uno de esos abscesos que se forman en la caries vertebral.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

Por todo lo que precede á la formacion del absceso, nos remitimos al artículo consagrado á la hepatitis, de la cual el absceso es una consecuencia; nos contentaremos con recordar aquí las afecciones con que puede confundirse el absceso una vez formado. Así nos será fácil siempre reconocer si el pus expectorado durante el curso de un derrame pleurítico, ó de una pulmonía, proviene de un absceso del hígado. Entonces deberán recordarse dos signos casi patognomónicos de los abscesos del hígado y que se hallan en la mayoría de los casos. El primero es la expulsion de los restos en los cuales se puede

(1) Petit, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*. Paris, 1743, t. I. p. 237.
(2) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. VII, 4.ª édit., p. 272.

reconocer la sustancia hepática; el segundo es la presencia de cierta cantidad de bilis, unas veces aislada en gotitas, otras mezclada con el pus.

Siempre que el pus no puede salir de la glándula, el pronóstico es muy desfavorable, y hasta el presente no se ha observado un caso de curacion. Al contrario es posible la curacion siempre que el absceso, sea artificial, sea naturalmente, ha podido evacuar su contenido al exterior. Las cifras siguientes que hallamos en Rouis, nos darán una idea de las esperanzas mas ó menos grandes, que se deben concebir, segun que el pus ha seguido para salir al exterior, tal ó cual via. De los 203 casos analizados por este autor, 39 han tenido una terminacion completamente favorable. En todos el pus habia salido: diez y siete veces atravesando la pared toraco-abdominal; quince penetrando en los bronquios; tres derramándose en el estómago; y cuatro en el cólon transverso. Así el pronóstico se hará mas favorable con tal que el absceso manifieste una tendencia mas marcada á salir por una de las vias que acabamos de indicar.

Si el pus ha sido evacuado por el ano, se podrá aun, procediendo por eliminacion, diagnosticar cuando proviene de un absceso del hígado. Se asegurará por medio del tacto-rectal y del espéculum que no ha sido suministrado ni por paquetes hemorroidales ni por una supuracion de la próstata. Además, la existencia anterior de una hepatitis probará que no se trata allí de un absceso de las fosas iliacas ó de una caries de las vértebras lumbares.

§ IV.—Tratamiento.

Cuando despues de haber empleado inútilmente los medios que se recomiendan contra la hepatitis se adquiere la certidumbre de que existe un absceso y que este absceso es accesible á nuestros instrumentos, no se debe dudar en dar salida al pus practicando una abertura en la pared abdominal y en el punto en que se presenta el tumor. Para que la operacion tenga buen resultado es necesario que antes que salga el pus haya adherencias entre la parte del hígado que ocupa el absceso y la pared del abdómen, y como ya hemos dicho que estas adherencias distan mucho de existir en todos los casos, se han inventado diversos procedimientos para provocarlas antes de dar salida al pus, y vamos á citar aquí los principales.

Procedimientos de Graves (1).—Se hace una incision ancha que comprenda todos los tejidos hasta una ó dos líneas de la coleccion, y en seguida, sin tratar de penetrar aun en el absceso, se llena la herida de hilas y se aguarda á que el tumor, en un movimiento, un acceso de tos ó un estornudo, se abra por sí mismo en el fondo de la incision.

(1) Graves, *The Dublin hospital Reports*, Mayo 1827. *Leçons de clinique médicale*, traduit et annoté par Jaccoud, 2.ª édition. Paris, 1863, t. II, p. 367.

Este medio ha tenido un éxito completamente favorable en un sugeto que ha operado Graves, á pesar de que el absceso no correspondia directamente con el fondo de la solucion de continuidad.

Procedimiento de Begin (1).—Se va cortando capa por capa hasta llegar al peritoneo; sea con el bisturí curvo de boton (fig. 17), sea



Figura 17.—Bisturí curvo, de extremidad obtusa ó de boton, con corte en la extension de 15 milímetros en su borde cóncavo, á partir de 10 ó 12 milímetros de su extremidad.

con la espátula y el bisturí de Vidal, de Cassis (fig. 18), deteniéndose aquí si no hay adherencias y haciendo una cura simple. El

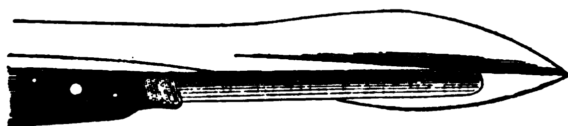


Figura 18.—Espátula acanalada de Vidal, (de Cassis) y bisturí reunidos.

tumor tiende entonces á llenar la herida elevando el peritoneo, las dos caras de esta membrana no tardan en aglutinarse y reunirse de un modo sólido, y á los tres ó cuatro dias de la primera operacion se abre ya con seguridad el absceso del hígado. Ya se comprende que si se reconoce que hay adherencias al hacer la primera incision, se debe pasar adelante y penetrar con el

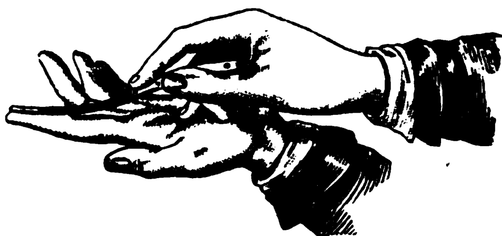


Figura 19.—Manera de tomar y conducir el bisturí sobre el índice.

(1) Bégin, *Mém. sur l'ouverture des collections de liquides purulents ou autres développés dans la cavité de l'abdomen* (*Journal universel hebdomadaire de médecine*, Paris, 1830, t. I, p. 417).

instrumento hasta el absceso. En este caso el peritoneo se abrirá como en la operacion de la hernia; se le incindirá sobre el dedo índice (fig. 19), ó sobre la espátula (fig. 20), teniendo cuidado de hacer la abertura igual á la de los tejidos subyacentes.

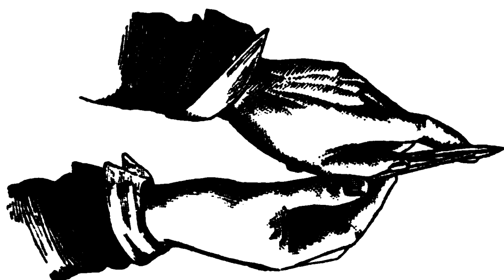


Figura 20.—Manera de tener y conducir el bisturí sobre la espátula.

Este procedimiento, que se ha experimentado repetidas veces con feliz éxito, tanto en Francia como en Inglaterra, y que particularmente Velpeau (1) habia usado ya tres veces con ventajas en 1839, es el que está mas generalmente adoptado y el que merece estarlo en vista de los hechos actualmente conocidos.

Procedimiento de Recamier.—Se aplica potasa cáustica en varios puntos muy próximos á la prominencia morbosa, á fin de que reuniéndose, den por resultado una escara ancha que se divide pasados algunos dias con el instrumento cortante. Entonces se coloca en el fondo de la herida una nueva dósis de cáustico, que debe obrar mas bien en el sentido de la profundidad que en el de su latitud, y repitiendo así sucesivamente la cauterizacion, produce de seguro la adhesion del peritoneo hepático con el de las paredes abdominales, y hasta permite introducir en el quiste, bien sea un trócar, bien el bisturí, desde que el dedo percibe claramente la fluctuacion debajo de la escara dividida.

Algunos autores consideran todavía á este procedimiento de Recamier como el mas seguro; pero al mismo tiempo no citan accidentes funestos causados por el de Begin, mas espedito, menos doloroso y que en mi juicio debe preferirse, entretanto que no se pruebe que ha tenido malos resultados.

Hacer *mas fácil la salida del pus* á beneficio de la posicion, impedir que la abertura se cicatrice antes de tiempo ó se obstruya, y hacer penetrar en el quiste *inyecciones medicinales*, tales como las de iodo, hé aquí los medios apropiados para acelerar la curacion.

(1) Velpeau, *Médecine opératoire*, 2.ª édit., t. IV, p. 19.

ARTÍCULO IV.

ATROFIA AGUDA, HEPATITIS DIFUSA Y PARENQUIMATOSA.

Esta afeccion ha sido, en estos últimos tiempos, objeto de estudios sin interrupcion y numerosas discusiones, designada bajo los nombres diversos de *ictericia grave*, *ictericia tifoidea*, *atrofia aguda del hígado*, y referida á especies morbosas opuestas, es hoy dia aun objeto de controversias ardientes entre los médicos mas autorizados. Sin embargo, como las disidencias versan mucho mas sobre la naturaleza de la enfermedad, que sobre su existencia, y los caractéres que la indican, nos limitaremos á mencionarlos aquí y aprovechando las nuevas luces que el choque de las opiniones ha hecho sobre todo lo que concierne á los síntomas y al tratamiento, daremos una descripcion sucinta de esta afeccion, sirviéndonos principalmente de los trabajos de Frerichs, de Budd, de Trousseau (1), de Monneret (2), de los doctores Blachez (3) y Leon Colin (4), etc. En la descripcion adoptaremos la clasificacion de Frerichs.

La hepatitis difusa, ó *ictericia grave de los autores*, puede dividirse en dos especies distintas que, muy semejantes por sus caractéres principales, se diferencian por el grado de intensidad de sus síntomas, por la gravedad mas ó menos grande de sus consecuencias y de sus alteraciones patológicas.

A la primera de estas especies le daremos el nombre de *atrofia aguda*, por el síntoma principal que la caracteriza; á la segunda le conservaremos el nombre genérico de hepatitis difusa.

1.° ATROFIA AGUDA DEL HÍGADO.

§ I.—Causas.

Esta afeccion parece ser mas frecuente en las mujeres que en los hombres. En 31 enfermos, habia 9 del sexo masculino y 22 del sexo femenino.

La edad parece que ejerce cierta influencia, y los indivíduos de veinte á treinta años parecen particularmente predispuestos. Las otras causas, cuya accion es la mas evidente, son: 1.° las emociones morales vivas, el miedo, una violenta cólera, despues de las cuales se han

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. Paris, 1865, 2.ª édit., t. III, p. 275.

(2) Monneret, *Mémoire sur un nouveau cas d'ictère hémorrhagique essentiel (Archives générales de médecine*, Febrero 1862, 5.ª série, t. XIX, p. 129).

(3) Blachez, *De l'ictère grave*, thèse de concours pour l'agrégation. Paris, 1860.

(4) Lèon Colin, *Études cliniques de médecine militaire*. Paris, 1864, chap. III, art. VII.

visto enfermos que se volvieron (súbitamente) amarillos, despues delirar y perecer algunos dias mas tarde: 2.° los excesos venéreos, la sífilis, el abuso del mercurio: 3.° el tifus y las afecciones que obran de una manera análoga sobre la composicion de la sangre: Frerichs ha visto un caso de atrofia aguda consecutivo al tifus: 4.° ciertas influencias locales parece que obran como los miasmas. Budd, Griffin y Hanlon refieren ciertos casos de ictericias malignas atacando los miembros de una misma familia, los cuales hablan en favor de esta hipótesis. No es siempre cierto que, en los casos referidos por estos autores, se tratase de la atrofia hepática.

§ II.—Síntomas.

Los síntomas que acompañan la atrofia aguda del hígado, unas veces van precedidos de un período prodrómico, y otras se producen de repente.

Los prodromos cuando existen no ofrecen nada característico, y tienen ordinariamente cierta analogía con los del catarro gastro-intestinal. Los enfermos se quejan de fatiga, de cefalalgia. Su lengua esta cargada: las deposiciones irregulares, son unas veces copiosas y frecuentes, otras son raras. El vientre está sensible, el pulso acelerado, etc.

Al cabo de un tiempo mas ó menos largo, á veces despues de muchas semanas, á estos desórdenes viene á añadirse una ligera coloracion de la piel en amarillo. Esta ictericia puede persistir, en estado simple, ocho, quince dias y aun mas. Sin embargo, con mas frecuencia los fenómenos característicos, tales como las hemorragias, desórdenes locales en el hígado y en el bazo, alteraciones graves de la inervacion, siguen muy de cerca á la aparicion de la ictericia.

La marcha es mas ó menos aguda. En los casos graves se presenta la muerte al cabo de doce ó veinte y cuatro horas; otras veces la afeccion se prolonga durante dos ó cinco dias; jamás la duracion escede de una semana.

El principio se anuncia ordinariamente por vómitos, desde luego formados de materias estomacales, despues de moco, en fin, de sangre, teniendo la apariencia de masas de un color moreno sucio, ó de poso (resíduos de café). Tambien el enfermo comienza á quejarse de dolores violentos de cabeza, que bien pronto conducen al delirio. Este es ruidoso y se acompaña de llantos y gritos. Los enfermos se desnudan y es difícil contenerlos. Otras veces son mas tranquilos, y como á los afectados de tifus, se les puede despertar llamándoles en alta voz.

Al delirio se añaden las convulsiones que se propagan á la mayor parte de los músculos voluntarios, ó quedan circunscritas á ciertas regiones, como á la cara ó al cuello. Exis[illegible] ademas de los es-

pasmos que pueden faltar, un temblor de los músculos de las extremidades y del tronco.

Poco á poco se restablece la calma, la agitacion se trasforma en letargo y finalmente en un coma profundo.

Las pupilas se dilatan y son poco sensibles á la accion de la luz; la respiracion se vuelve suspirosa, desigual, estertorosa.

El pulso, que, mientras la ictericia estaba en el estado simple, permanecia raro, aumenta de frecuencia desde que aparecen los fenómenos nerviosos, y da de 110 á 120 pulsaciones por minuto. Por lo demás presenta notables irregularidades bajo la consideracion de la dilatacion y frecuencia. Así, aunque se le vea pasar de 70 á 80 pulsaciones á 120 y 130, cuando el enfermo se agita, puede volver inmediatamente á la cifra normal.

La lengua y los dientes se cubren prontamente de una capa espesa; el vientre á veces está sensible á la presion, sobre todo en el hipocondrio derecho.

La matidez hepática disminuye en extension y aun frecuentemente desaparece por completo, sin que una timpanitis intestinal explique esta desaparicion: al mismo tiempo el volúmen del bazo aumenta.

Las evacuaciones albinas son raras casi constantemente, sólidas, secas, pobres en materia biliar, y hácia el fin, la sangre las tiñe de negro.

Sin embargo, la piel toma un tinte cada vez mas oscuro, y frecuentemente se presentan en su espesor extravasaciones sanguíneas bajo la forma de petequias y de equimosis extensas; en otras ocasiones se presentan hemorragias nasales, vaginales, intestinales, etc.

La orina es mas ó menos oscura; da reacciones de pigmento biliario y deposita un sedimento en el cual el microscopio, descubre al lado de un moco amorfo, células epiteliales amarillas, que provienen de los conductos uriníferos, de cristales en forma de aguja, aislados ó reunidos, y que están cubiertos de materias colorantes (fig. 24). A veces la orina contiene albumina.

§ III.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de la enfermedad es ordinariamente rápido, y la *duracion* apenas escede de un setenario, á partir del momento en que los síntomas característicos aparecen.

A excepcion de algunos casos en que la naturaleza puede ser puesta en duda, la *terminacion* ha sido siempre hasta aquí fatal.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

Las lexiones materiales, que se hallan en esta afeccion, son variables. Solo son constantes las del hígado y del bazo.

En todos los casos el hígado habia disminuido notablemente de volúmen, y esta disminucion era de un tercio, de la mitad y hasta de dos tercios. Por consecuencia de esta disminucion el hígado está con frecuencia en contacto con la pared abdominal de la cual está separado por medio de circunvoluciones intestinales, como lo demuestra la fig. 21.



Fig. 21.—Situacion de las vísceras en un caso de atrofia aguda.—*a.* Primera corvadura del colon.—*b.* yeyuno.—*c.* S. iliaca.—*d.* Yleon. (Frerichs, fig. 54.)

El corte del órgano en el punto en que la afeccion está mas desenvuelta, (ordinariamente es en el lóbulo izquierdo) presenta una coloracion amarilla de ocre ó de ruibarbo. Los vasos sanguíneos están vacíos, la apariencia lobulosa ha desaparecido.

Las inyecciones hechas por los vasos no llegan hasta los capilares y no llenan sino las ramas mas próximas de la vena central. Cuando la afeccion ha hecho su evolucion completa, no se vuelven á encontrar mas células hepáticas; en su lugar aparecen núcleos morenos de gruesas partículas de materias colorant[illegible] grasa, cuer-

pos análogos á núcleos de células mezcladas á una aglomeracion de leucina y de tyrosina (1).

En cambio de este estado atrófico del hígado, se halla muchas veces el bazo considerablemente tumefacto y lleno de sangre.



Fig. 22.—Leucina. (Beale.)



Fig. 23.—Tyrosina. (Beale.)

En cuanto á los centros nerviosos casi nunca han presentado lesion esencial. En algunos casos la sustancia cerebral parece ligeramente reblandecida. Este estado puede ser un resultado de la putrefaccion incipiente (Lebert). En ningun caso puede esta leccion dar cuenta de los fenómenos morbosos.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

Durante los prodromos el *diagnóstico* es ordinariamente imposible. Luego que aparecen las hemorragias, la cefalalgia, el delirio, se debe mirar si allí no se trata del tífus. Este se distingue por su evolucion, por el exantema rosáceo, el catarro bronquial, la diarrea, el carácter irregular del delirio, etc. Las fiebres biliosas tienen de ordinario un tipo mas ó menos intermitente ó remitente y accesos de frio repetidos. La *puoemia* está caracterizada por el frio y mas aun por la existencia anterior de un foco de infeccion.

Ciertas afecciones locales, tales como la *meningitis*, la *pulmonía*, la *peritonitis*, que unidos á la ictericia y á las alteraciones cerebra-

(1) Beale, *De l'urine, des dépôts urinaires et des calculs, de leur composition chimique, de leus caractéres physiologiques et des indications therapeutiques qu'ils fournissent dans le traitement des maladies*, traduit de l'anglais sur la seconde édition par Auguste Olivier et Georges Bergeran. Paris, 1865, p. 307.

les forman un conjunto de síntomas bastante parecido al que presenta la atrofia aguda, se distinguirán de esta última con la ayuda del exámen local. Es, en efecto, la exploracion del hígado la que suministra los signos mas importantes, porque hace notar la rápida disminucion del órgano.

El exámen de las orinas será tambien un auxilio útil; revelará la existencia, en el seno de este líquido, de cantidades considerables de leucina (fig. 22) (1) y de tyrosina (fig. 23) y además la desaparicion progresiva de la urea y de los fosfatos calcáreos, fenómenos que hasta aquí no se han presentado en ninguna otra enfermedad.

La orina abandonada al reposo deja depositar un ligero sedimento, en el cual se hallan numerosas agujas, en parte aisladas (fig. 24, *a*), en parte reunidas en grupos (*a'*) con el epitelium de la vejiga y de los conductos uriníferos colorados de amarillo.



Figura 24.—Sedimentos urinarios en la atrofia aguda.—*a*. Agujas aisladas de tyrosina.—*a'*. Agujas reunidas en grupos.—*b*. Con aglomeracion de la misma sustancia.—*c*. Epitelium renal teñido de verde.—*d*. cúmulo de materia colorante.

Ciertos autores han querido establecer entre la atrofia aguda y la fiebre amarilla una identidad que Trousseau (2) rebate con razon.

Despues de haber mostrado las diferencias que separan estas dos afecciones bajo el aspecto de su modo de invasion y de la abundancia de las hemorragias gástricas ó intestinales, este autor resume y resuelve la cuestion en algunas líneas decisivas que copiaremos aquí. «Si ahora se considera, dice él, que la ictericia propiamente dicha es un carácter casi invariable de la ictericia maligna, y que las orinas toman color por la adiccion de ácido nítrico, mientras que no se observa jamás ictericia verdadera en la fiebre amarilla, en la cual las orinas no contienen jamás el principio colorante de la bílis, se queda convencido que la semejanza entre las dos afecciones es forzada, y no han podido confundirse sino por los médicos que no habian tenido ocasion de comparar la una con la otra.

(1) Véase Beale, *De l'urine, des dépôts urinaires et des calculs.*
(2) Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu,* t. III, p. 289.

2.° HEPATITIS DIFUSA.

§ I.—Causas.

Las causas son las mismas que las de la atrofia aguda, así las pasiones tristes, los excesos, la miseria, figuran aquí en primera línea. El embarazo, que se considera de un modo casi positivo como una predisposicion á la atrofia aguda, no parece tener aquí el mismo grado de influencia. En cambio, la hepatitis difusa que nosotros vemos producirse en los niños recien nacidos, en los envenenamientos por el fósforo, es como una complicacion de ciertas fiebres infecciosas, en fin, bajo forma de epidemia; así que el doctor Carville la ha observado en la cárcel de Gaillon (1).

§ II.—Síntomas.

Los síntomas apenas se diferencian de los de la inflamacion atrófica mas que por el grado de intensidad. En general, el período de incubacion es mas marcado; segun Trousseau puede prolongarse durante algunas semanas. La evolucion es igualmente mas lenta, pero las hemorragias gástricas y cutáneas aparecen con mas frecuencia y tienen aquí mas importancia. En fin, un síntoma característico de la atrofia, la disminucion de volúmen del hígado que falta, y aun en muchos casos que está reemplazado por un síntoma contrario, la hipertrofia, originará que los signos que dá la percusion son enteramente distintos aquí de los de la atrofia.

§ III.—Anatomía patológica.

Los desórdenes patológicos observados parecen establecer que se trata aquí de los primeros estadios de un trabajo de desorganizacion de que la atrofia será el último término. La glándula está lo mas frecuentemente hipertrofiada é hiperemiada, el contenido de las células está enturbiado por depósitos granulosos, ó bien despues que la lesion está muy adelantada, las células están en parte destruidas é invadidas por la grasa. En fin, el tejido fibroso intersticial está hipertrofiado, lo cual establece una transicion entre la hepatitis difusa y la cirrosis, y que puede explicar hasta cierto punto la persistencia del volúmen del hígado.

§ IV.—Tratamiento.

El tratamiento de la atrofia aguda, como el de la hepatitis difusa es desgraciadamente casi siempre ineficaz. Está reducido casi de

(1) Carville, *Archives générales de médecine.*

una manera absoluta á la medicina sintomática; así es que se puede recurrir á los ácidos minerales y vegetales para combatir las hemorragias, y á las bebidas heladas ó gaseosas á fin de contener los vómitos. En algunos casos las preparaciones de quinina han sostenido, al parecer, las fuerzas de los enfermos, y retardaron la terminacion funesta de la enfermedad. Tambien se han empleado con éxito el vino y los tónicos, segun Carville, despues de la epidemia de Gaillon. Herard ha recomendado la ipecacuana á dósis vomitiva. Trousseau, en fin, piensa que lo mejor seria prescribir purgantes salinos. Estos tendrian la ventaja de imitar los procedimientos que sigue la naturaleza para curar las enfermedades infecciosas, y con este tratamiento se seguirá la práctica de los médicos que han tratado con éxito la fiebre amarilla de América.

ARTÍCULO V.

HIPERTROFIA DEL HÍGADO.

Porque se aplicaba indistintamente á todos los casos en que el hígado habia aumentado de volúmen, el nombre de *hipertrofia*, se atribuia á este estado de la glándula un grado de frecuencia muy exagerado. En efecto, el infarto hepático coincide con muchas enfermedades del hígado, tales como las hiperemias de naturaleza diversa, la hepatitis, etc., etc.; pero entonces no es mas que un síntoma, y de ningun modo constituye una especie morbosa, á la cual se deba consagrar una descripcion aparte. No hemos de ocuparnos aquí de esas hipertrofias sintomáticas, y trataremos solamente de aquellas que, independiente de las afecciones anteriormente descriptas, es debida á un simple aumento en el volúmen, ó en el número de células glandulares.

Reducida á estas proporciones modestas, pero conformes á la significacion del nombre que lleva, la hipertrofia no parece merecer, ni por su significacion patológica, que es oscura, ni por su importancia terapéutica, que es nula, que nos detengamos largo tiempo con ella; le consagraremos una descripcion sucinta.

§ I.—Anatomía patológica.

En los casos en que el hígado está invadido de hipertrofia pura, se observa un acrecentamiento considerable, ó una nueva formacion rápida de los elementos glandulares. Las células adquieren el doble ó triple de las dimensiones normales, y contienen de dos á tres núcleos voluminosos. Estas células de forma angulosa é irregular se aislan fácilmente. Los lóbulos de la glándula han engrosado proporcionalmente al acrecentamiento de las células y se dibujan netamente en los cortes. En otros casos no es mas que una dilatacion, es

una multiplicacion de las células lo que se observa. La nueva generacion celular forma la mayor parte del parénquima hepático, y puede coexistir con las antiguas células, cuyo volúmen está aumentado. Por consecuencia de esta produccion de células nuevas y de la amplificacion de su volúmen, el hígado llega á alcanzar el doble y aun el triple de su grosor normal, sin que su forma esté muy modificada; lo mismo sucede con su consistencia, que unas veces es blanda y otras dura.

§ II.—Causas.

Las congestiones hepáticas repetidas pueden á la larga producir la hipertrofia del órgano; tambien se la ve producirse como una compensacion, por decirlo así, de una pérdida de sustancia; así es que se la halla con frecuencia al lado de cicatrices debidas á la hepatitis sifilítica, á la obliteracion de la vena porta ó á otras lesiones. Se la ha observado además al mismo tiempo que la diabetes sacarina y en la leucemia. La estancia prolongada en los paises cálidos bastará igualmente para aumentar el volúmen del hígado, independientemente de todo estado patológico. Afirman menos esto Levacher, Haspel y Cambay. La misma influencia se atribuye á las comarcas pantanosas de la zona templada; pero esta asercion debe admitirse con reserva, porque es probable que se trate entonces, mas bien de degeneraciones grasosas y ceruminosas que de una hipertrofia propiamente dicha.

§ III.—Síntomas.

Cuando se examinan las observaciones se nota que los únicos síntomas que se pueden atribuir á la hipertrofia del hígado son la *incomodidad* y el *peso* que ocasiona en el hipocondrio derecho el aumento de volúmen del órgano y cierto grado de *sufocacion*. Sin embargo, no es raro hallar sugetos que, con un aumento de volúmen del hígado, presentan algunos trastornos digestivos, tales como *pérdida del apetito* y *digestiones laboriosas*, fenómenos que solo pueden referirse al estado del hígado, y que se disipan cuando este estado ha desaparecido. Pero en este caso, ¿hay verdaderamente una lesion á la que se pueda dar el nombre de hipertrofia? Andral ha notado en un sugeto la existencia de la *ictericia*, pero este es un caso no comun, y queda duda de si este síntoma estaba realmente relacionado con la lesion.

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

Es muy difícil formar el *diagnóstico* de esta afeccion, y así me limitaré á decir que si se presenta á la observacion un sugeto que

sin síntomas intensos, tiene el hígado desarrollado de un modo permanente, sin alternativas de aumento ó disminucion, y conservando la figura del órgano, se puede sospechar que existe una simple hipertrofia. Pero conviene ser muy reservado en este diagnóstico, porque las enfermedades crónicas que pueden dar orígen á semejante aumento de volúmen en el hígado, no son todavía bastante conocidas para que podamos estar seguros de que estos signos no les pertenecen del mismo modo.

§ V.—Tratamiento.

Fuera del tratamiento de la congestion, de la diabetes y de la leucemia, con que hemos visto coincidir la hipertrofia muy frecuentemente, no reclamará, por decirlo así, un tratamiento especial. Sin embargo, si la incomodidad y el peso experimentados en el hipocondrio derecho alcanzan un cierto grado, si las digestiones se hacen penosas, se pondrá remedio útilmente á estos accidentes con la ayuda de un régimen conveniente, y la administracion repetida de purgantes ligeros. En otros casos, el uso de la hidroterapia y las aguas minerales alcalinas, como las de Vals (1), prestarán ciertamente aquí útiles servicios.

ARTÍCULO VI.

ATROFIA CRÓNICA DEL HÍGADO.

§ I.—Causas.

Sus causas son diversas; puede resultar de la compresion del órgano, ya venga esta del exterior, ya se ejerza en el interior del cuerpo. La oblitéracion de los capilares hepáticos consecutiva á la inflamacion de la cápsula de Glisson, la cual tiene por causa los depósitos de pigmento verificados en el interior de estos mismos vasos; la obliteracion de la vena portu y las afecciones ulcerosas crónicas del intestino, tales son las causas ordinarias y principales, segun Frerichs, de la atrofia crónica del hígado.

§ II.—Síntomas.

Se concibe que la desaparicion de una gran parte del parénquima hepático, debe, limitando la accion del órgano, obrar sobre el conjunto del organismo. Los *síntomas* se desenvuelven lenta y sordamente. Inmediatamente aparecen los trastornos digestivos; disminucion del

(1) *Dictionnaire des eaux minérales et d'hydrologie médicale*, art. VALS. Paris, 1860.

apetito, abultamiento y pesadez epigástrica, etc. Los gases se acumulan en el intestino; las deposiciones se vuelven de un gris pálido alguna vez tambien morenuzcas. Hay alternativas de estreñimiento y diarrea; con frecuencia se observan evacuaciones alvinas abundantes permanentes que no tardan en producir la debilidad. La exploracion de la region hepática revela una disminucion de volúmen del hígado. El bazo conserva ordinariamente su volúmen normal. Mas tarde á las perturbaciones de las funciones digestivas vienen á añadirse fenómenos, que anuncian que la sanguificacion y nutricion están alteradas. Los enfermos presentan un aspecto pálido y caquéctico sin tinte ictérico; se debilitan; se forman colecciones de serosidad en la cavidad abdominal, y bien pronto aparece un anasarca general. La orina de ordinario es pálida y desprovista de pigmento biliar.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

Nuestra mejor guía para llegar al *diagnóstico* es la disminucion de volúmen del hígado, el catarro gastro-intestinal persistente, la coloracion de las materias fecales, y además, cuando es posible, la exclusion de otras afecciones que puedan producir la ascitis, los trastornos digestivos, etc.



Fg. 25.—Atrofia y depresion de un hígado comprimido por un derrame enquistado del peritóneo. (Frerichs fig. 81.)

La distincion con la atrofia cirrótica es posible por medio de la palpacion; por ella se puede reconocer si la superficie de la glándula es lisa ó está granulosa.

La atrofia crónica, cuando llega á un alto grado, conduce habitualmente á un término funesto, entraña modificaciones profundas en la forma y en el tejido del hígado. Se puede formar una idea viendo la figura 25 que representa un hígado comprimido y atrofiado por un derrame enquistado del peritóneo. La muerte es entonces la consecuencia, sea del enflaquecimiento progresivo, sea de la hidropesía general, ó bien es el resultado de estados morbosos que complican la afeccion del hígado y se hallan con ella en ciertas relaciones de causalidad.

§ IV.—Tratamiento.

Despues de separar las causas de compresion, si es posible, se in-

iste en el régimen, que será á la vez nutritivo y de sustancias de fácil digestion.

Se excitará la actividad de la mucosa gástrica con los amargos y aromáticos ligeramente astringentes. Contra la anemia se emplearán las preparaciones ferruginosas. Si aparecen la ascitis y el anasarca, se moderarán con el empleo de ligeras infusiones teiformes de plantas aromáticas y amargas. Se practica la paracentesis, si hay gran compresion; pero se evitará con cuidado el uso de los drásticos y diuréticos violentos, que en este caso son mas perjudiciales que útiles.

ARTÍCULO VII.

AFECCIONES DIVERSAS DEL HÍGADO.

Unas no ofrecen mas que un mediano interés para la práctica médica, como el enfisema, el tejido eréctil, etc.

Otras, tales como los quistes, las hidátides, los equinococos y el cáncer del hígado, no solamente producen perturbaciones locales y generales numerosas, sino que amenazan la misma existencia. Estas últimas enfermedades tienen una gran importancia bajo el punto de vista del diagnóstico y del tratamiento.

1.° ENFISEMA; CONCRECIONES BILIARIAS; MASAS ADIPOCIREAS; TEJIDO ERECTIL; MASAS MELÁNICAS DEL HÍGADO.

Enfisema del hígado.—No parece dudoso, segun las observaciones de Louis, y en vista de dos casos que ha recogido Cossy, que esta lesion puede desarrollarse durante la vida. En tales casos se halla el hígado ligero, sobrenadando como el pulmon cuando se le sumerge en el agua, y formado de cavidades cuya mayor parte están llenas de aire. En uno de los casos que ha observado Cossy, y que tuvo lugar en un individuo envenenado por el ácido nítrico, hubo *ictericia*, síntoma que al parecer estaba en relacion con la lesion de la glándula hepática.

Las *concreciones biliarias* ó de otra naturaleza, de que ha citado Merat dos ejemplos, las *acumulaciones de sustancia adipocirea*, la formacion de un *tejido eréctil* en el hígado, y el desarrollo de la *sustancia melanosa*, son tambien lesiones que basta indicar en una obra de la naturaleza de esta, puesto que solo han sido estudiadas bajo el punto de vista de la anatomía patológica; nosotros nos referimos al libro de Frerichs (1).

(1) Frerichs, *Traité pratiques des maladies du foie et des voies biliaires*, 2.ª édition. Paris, 1866, chap. XII.

2.°—ESTADO GRASIENTO DEL HÍGADO.

El hígado en el estado normal contiene grasa; esta por consecuencia de influencias fisiológicas diversas puede existir en el órgano en cantidad notable, sin que por eso la salud se comprometa, sin que allí haya enfermedad. Sin embargo, cuando bajo la accion de circunstancias que enumeraremos despues, la materia grasa se aumenta en proporciones considerables, este acúmulo da orígen á trastornos orgánicos, cambia y altera la extructura del hígado; en una palabra, se convierte en una causa de enfermedad.

§ I.—Causas.

Ciertos indivíduos en quienes el movimiento de trasformacion orgánica es mas lento que en otros, muestran una predisposicion á esta afeccion. En estos la grasa se acumula en los órganos con una gran facilidad y la secrecion biliar es fácil. Esta disposicion constitucional se trasmite por herencia; ella hace que ciertas familias parezcan huéspedes destinados á las aguas alcalinas de Vichy, Karlsbad, etc. (1).

La edad media de la vida, el sexo femenino, un clima templado húmedo, pantanoso, parecen obrar tambien como causas predisponentes. Tambien se cuenta entre las causas un régimen muy suculento y muy rico en materias grasas. Entre las causas que parecen contribuir mas al desenvolvimiento del estado adiposo, hay una muy frecuente en nuestro pais, esta es la embriaguez.

El estado grasiento del hígado coincide con la tuberculizacion pulmonar: es menos constante, mas, sin embargo, puede existir al mismo tiempo que ciertas afecciones intestinales. Brighton refiere muchos casos unidos á la disentería crónica. Budd le ha visto acompañar al escirro. Frerichs le ha observado en un grado muy pronunciado con la compresion de la médula, seguida de sus diversas consecuencias, tales como el decúbito prolongado, marasmo, gangrena.

El estado grasiento del hígado parece provenir de la sobre-abundancia de grasa en la sangre. En efecto, la gente que tiene un régimen abundante, en los tísicos, en los borrachos, la sangre es notable por la cantidad de materia grasa que contiene. El acúmulo de grasa en el hígado es ordinariamente mas considerable con la tuberculizacion pulmonar que con las otras afecciones, porque la absorcion del oxígeno está en este caso muy disminuida.

(1) Duran-Fardel, Le Bret, *Dictionnaire des eaux minérales et d'hydrologie medicale*. Paris, 1860.

§ II.—Síntomas.

Se pueden distinguir dos especies de estado grasiento del hígado. En la primera especie, la grasa llena las células hepáticas, embaraza el ejercicio de sus funciones, pero no altera en nada su extructura. La alteracion orgánica es entonces con frecuencia transitoria, es la que ordinariamente existe en los indivíduos entregados á un régimen suculento, ó que hacen un consumo exagerado de materias aceitosas y grasas. A esta especie se puede dar el nombre de *infiltracion grasienta*.

En la segunda especie, que acompañan los tubérculos pulmonares y las otras afecciones consuntivas, las células hepáticas impregnadas de un plasma anormalmente concentrado y alteradas en su nutricion, pierden toda su actividad funcional.

La primera accion que ejerce la acumulacion exagerada de la grasa, es estorbar el movimiento de la sangre en el hígado y la secrecion de la bílis.

De aquí resulta un estado hiperémico crónico de la mucosa gastro-intestinal, y por consecuencia una disposicion muy grande á los catarros intestinales, á los desórdenes digestivos, á la diarrea, á las congestiones hemorroidales, etc. La bílis es segregada y escretada difícilmente. A veces la piel no toma jamás un tinte ictérico pronunciado. Rara vez la anemia y la hidrohemia son llevadas muy lejos; durante este tiempo los indivíduos atacados de un estado graso del hígado soportan difícilmente las evacuaciones de sangre y las influencias debilitantes.

Segun Addison, la bílis, tratada por los ácidos, toma un olor particular, excesivamente fétido; Frerichs no pudo notar este carácter. Addison añade tambien que en este caso la piel toma un tinte pálido color de cera, y al tacto da una sensacion análoga á la del satén. En los borrachos atacados de un estado grasiento del hígado, la piel es aceitosa y pegajosa. Todas las secreciones cutáneas están sobrecargadas de materias grasas, y les pasa una cosa análoga á lo que se produce en los indivíduos que absorben diariamente fuertes cantidades de aceite de bacalao.

En ciertos casos la secrecion de la bílis disminuye mas y mas, se declara una anemia intensa, y llega la muerte bajo la influencia de un enflaquecimiento progresivo. En un caso excepcional por la infiltracion, mas frecuente con degeneracion grasienta, que acompaña las afecciones coloideas ó lardáceas del hígado.

En este caso el órgano desde el principio hipertrofiado, disminuye en seguida de volúmen, alguna vez se vuelve mas pequeño de lo que debe ser normalmente; su superficie permanece lisa ó está ligeramente granulosa; desaparece el color bilioso de las heces, y el enfermo reviste mas y mas una apariencia caquéctica.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

La infiltracion grasosa no da orígen sino á trastornos vagos, que rara vez ofrecen peligro para el organismo. Cuando está aislada, es ordinariamente producto de un régimen vicioso, de una disposicion constitucional, y estas circunstancias etiológicas pueden entónces facilitar el diagnóstico.

La degeneracion grasosa se reconocerá por medio de la percusion la cual hará ver que el órgano, antes hipertrofiado, ha disminuido poco á poco de volúmen, por la existencia de un estado caquéctico progresivo, por el estado liso de la superficie de la glándula, la disminucion de la secrecion de la bílis, en fin, por la semejanza de los trastornos que entraña despues de ella un estorbo de la circulacion en la vena porta. El diagnóstico se facilitará tambien por la coexistencia de la tuberculizacion pulmonar, la embriaguez habitual, etc.

§ IV.—Anatomia patológica.

No siempre es fácil reconocer, á simple vista, que el hígado contiene grasa. Sin embargo Frerichs indica ciertas formas del estado grasiento del hígado, que se podrán distinguir desde el principio. Por ejemplo, la que está caracterizada por un hígado voluminoso, aplastado, de un amarillo mate, de bordes lisos y obtusos, presentando una consistencia pastosa y cuyo corte exíguo es de un matiz de hoja seca.

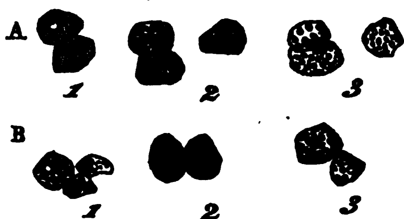


Fig. 26.—Células de hígado de un animal alimentado con aceite de bacalao.—A y B, cambio esperimentado, despues de tres y ocho dias de semejante alimentacion, por las células hepáticas; 1, estado cuando comienza el experimento: 2, las células poco tiempo despues; 3, las mismas células mas tarde.
(Frerichs, fig. 78.)



Fig. 27.—Células de un hígado adiposo.—a, a núcleos.
(Frerichs, fig. 79.)

Luego que el acúmulo de la grasa es enorme, el hígado toma un color amarillo pálido; aparecen acá y hallá pequeñas manchas ó lí-

neas de un amarillo intenso, sobre un fondo de un matiz uniforme. Se observan tambien placas amarillas esparcidas y aisladas en el parénquima. Hay sitios en que es mas considerable el éstasis de la bílis. En fin, la consistencia del órgano disminuye, y tanto mas, cuantos mas progresos hace el acúmulo de la grasa, el órgano se vuelve blando, flojo, friable, y, como los tejidos edematosos, conserva mucho tiempo la impresion de los dedos.

Tales son los caractéres mas sensibles que suministra el exámen á ojo desnudo de un hígado adiposo. A veces son tan poco marcados que se queda en la duda. Entonces es fuerza recurrir al microscopio, que muestra la grasa depositada bajo la forma de gotitas en el interior de las células, cerca del núcleo, como lo representan las figuras 26 y 27, y así nos permiten hacer constar su presencia de una manera indudable.

§ V.—Tratamiento.

Tiene por objeto disminuir la cantidad de grasa contenida en el hígado.

La primera indicacion versa sobre el régimen; se proscribirán los alimentos grasos y feculentos, y las bebidas espirituosas, mientras que se podrán aconsejar las frutas y las legumbres ricas en pectinas y en sales alcalinas. Se recomendará tambien el ejercicio al aire libre y todo lo que puede activar el trabajo orgánico.

En las formas ligeras, además del régimen se prescribirán los extractos de cardo, de diente de leon, de celidonia, unidos ó no á los carbonatos alcalinos. Si el vientre está perezoso, se puede recurrir al ruibarbo y aun al aloes.

En fin, con frecuencia será forzoso enviar los enfermos á las aguas de Vichy, de Kartsbad, de Marienbad, (de Verin, Mondariz, Guitiriz) (1). Sin embargo, si hay tendencia á la diarrea, y si los indivíduos empiezan á volverse anémicos, serán de mejor efecto los manantiales ligeramente ferruginosos, como Spa, Ems, Schwalbach (2).

3.° REBLANDECIMIENTO, INDURACION DEL HÍGADO.

1.° *Reblandecimiento.*—En las observaciones de Andral (3) se hallan reblandecimientos que pueden llamarse agudos, y otros que pueden considerarse como crónicos. Los primeros no son mas que lesiones secundarias que se han presentado en el curso de una enfermedad grave, y que no deben ocuparnos. Los otros, de los que solo hay rarísimos ejemplos, han ofrecido por signos durante la vida, síntomas de gastralgia ó de gastritis crónica, con trastornos intestinales nota-

(1) Aguas notables de Galicia.—Adiccion del traductor.
(2) *Dictionnaire général des eaux minérales*. Paris, 1860.
(3) Andral, *Clinique medicale*, 3.ª edit. t. II p. 387 et 407.

bles, y en la autopsia no se ha hallado mas lesion para esplicar estos fenómenos que el reblandecimiento del hígado. Segun Andral, la causa primitiva de todos los accidentes seria la falta de secrecion de la bílis, y en cuanto á la naturaleza de la afeccion, no es posible decidirse acerca de este punto. Vemos, pues, que en el estado actual de la ciencia es imposible obtener datos verdaderamente útiles acerca de esta lesion, y que no podemos presentar una historia de ella que sea interesante para el práctico.

2.ª *Induracion*.—Apenas es mayor la importancia de esta lesion para la práctica, y todo lo que creo necesario decir es que se la puede considerar como una causa de ascitis, y que siempre ha parecido que es superior á los recursos del arte. Sin embargo, añadiré que las observaciones nos dejan en general mucho que desear acerca de esta lesion, y que rara vez se han examinado en particular las venas del abdómen, quedamos por lo comun en incertidumbre acerca de la causa verdadera de la hidropesía.

4.° QUISTES DEL HÍGADO.

Se han confundido por mucho tiempo los *quistes serosos del hígado*, ó *hidropesía enquistada*, con las *hidátides*; pero en la actualidad todos están conformes en que se forma en el hígado, en los riñones y en otros órganos quistes acuosos enteramente distintos de las hidátides propiamente dichas, y este es un hecho que principalmente el doctor Hawkins ha puesto ya fuera de duda. Pero á pesar de esta distincion, es muy poca la importancia que debemos dar á las diferencias que existen entre ambas enfermedades, porque en el terreno de la práctica, es decir, en cuanto á los síntomas, curso de la enfermedad, terminaciones y sobre todo en cuanto al tratamiento, no hay nada que pertenezca esclusivamente á una de ellas. Es verdad que se ha dicho que la falta del *rozamiento* y del *ruido de las hidátides* servia para diagnosticar los quistes acuosos y diferenciarlos durante la vida de los tumores hidatídicos; pero ya veremos en el artículo siguiente que la existencia de este signo dista mucho de ser constante en las hidátides, de modo que en el mayor número de veces es imposible distinguirlos.

Así, pues, me limitaré á decir que la lesion anatómica consiste en un *quiste* de paredes mas ó menos gruesas formadas por una membrana en la que suelen distinguirse varias hojas, de las cuales la externa es fibrosa y la interna tomentosa, y se cubre á veces segun Hawkins (1), de vegetaciones fungosas. En cuanto al *líquido*, está compuesto casi constantemente de agua pura y no se coagula por el calor. El quiste es á veces muy considerable y puede contener hasta 10 kilógramos (20 libras) de líquido y aun mayor cantidad;

(1) Hawkins, *Archives générales de médecine*, 2.ª série, t. V.

ro por lo comun se encuentra un número bastante grande de estos tumores, y entonces tienen una dimension mediana y variable.

Como las demás condiciones patológicas, repito, son iguales en el quiste acuoso y en las hidátides, me apresuraré á entrar en la descripcion de estas últimas, contentándome con añadir que se han hallado *otros quistes* en el hígado *que contenian diversas materias*, pero que no pueden interesarnos en este momento.

5.° HIDÁTIDES, EQUINOCOCOS DEL HÍGADO.

En vano se han querido buscar en los escritos de los antiguos, indicaciones precisas acerca de las hidátides del hígado, pues esta afeccion no ha sido bien conocida hasta la época en que los progresos de la anatomía patológica han permitido precisar de un modo positivo cuál era el estado del órgano enfermo. Hace algunos años publicó Laennec investigaciones muy importantes acerca de las hidátides, y desde entonces es especialmente cuando se ha estudiado con éxito esta enfermedad considerada en el hígado. No obstante, ya Lassus (1) habia enriquecido á la ciencia con un trabajo útil de que nos ocuparemos repetidas veces en este artículo, y recientemente Barrier (2), Lebert (3), Livois (4), Kuchenmeister, Van Beneden, Davaine (5), Moquin-Tandon, Frerichs y Trousseau han publicado sobre este objeto trabajos interesantes.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Como ya hemos dicho antes de ahora, en la actualidad solo se debe dar el nombre de *hidátides* á quistes que contengan un número mayor ó menor de esas bolsas ó vesículas que Laenec ha llamado *acefalocistes*, y que segun las investigaciones recientes del doctor Livois, no son en sí mismas mas que simples bolsitas que encierran siempre en su interior un cierto número de *equinococos*.

Se ha designado tambien á las hidátides con el nombre de *vesículas ó vejigas acuosas*, *de hidropesía enquistada del hígado*, *de tumores acuosos*, etc., etc.

Por fortuna la *frecuencia* de esta afeccion no es muy grande si se la considera de un modo general; pero relativamente á las enfermedades de la misma especie que residen en otros órganos, se puede

(1) Lassus, *Rech. et observ. sur l'hydropisie enkystée du foie (Journ. de méd. de Corvisert*, t. I).

(2) Barrier, *De la tumeur hydatique du foie*; thèse. Paris, 1840.

(3) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale.* Paris, 1860, t. II, p. 269.

(4) Livois, *Recherches sur les échinocoques chez l'homme et les animaux*, thèse. Paris, 1843.

(5) Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses.* Paris, 1860, libro II, 2.ª parte.

decir que las hidátides del hígado son las que se encuentran con mas frecuencia.

En efecto, en 378 casos de hidátides de todos los órganos, Davaine ha hallado 166 del hígado solo.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—Las hidátides existen principalmente en la edad media de la vida; de veinte á cuarenta años es la edad en que son mas comunes. Son casi desconocidas en los niños. J. Cruveilhier cree haber visto un quiste de esta naturaleza, pero que estaba vaciado en el intestino, en un niño muerto á la edad de doce dias. Bodson ha hallado hidátides en el hígado de una niña de cuatro años. Los viejos padecen hidátides muy rara vez: Monod ha visto un caso en un hombre de sesenta y nueve años; Charcot, en una falange del dedo índice, en un hombre de ochenta y un años.

Las hidátides no tienen, al parecer, preferencia por uno ó por el otro sexo.

Se ignora si las profesiones influyen en la frecuencia de las lombrices vexiculares; parecen sin embargo muy raras en los marinos. Es posible, dice Budd, que el régimen de los marinos, que consiste la mayor parte en comidas saladas, sea contrario al desenvolvimiento de esta enfermedad. Segun el mismo observador, los pobres en Inglaterra parece que son mas frecuentemente acometidos de estas lombrices que los ricos, circunstancia que él cree puede explicarse por el hecho de que los pobres ocupan habitaciones bajas y húmedas, y se alimentan en su mayor parte de vegetales.

Se sabe que las hidátides son muy comunes en los carneros y bueyes, que pacen en prados pantanosos, y sobre todo en años de mucha lluvia. La influencia del régimen en la produccion de estas lombrices vexiculares es, pues, bien manifiesta; su modo de obrar sin embargo está aun cubierto de una profunda oscuridad.

No estando hoy fuera de duda la animalidad de las hidátides, no siendo admisible su orígen por generacion espontánea, la causa de su existencia no puede atribuirse á violencia exterior, ni al estado particular de un órgano ó de la economía; existen no obstante muchos hechos en que la aparicion de las hidátides ha sido precedida de una contusion, de una conmocion, de un esfuerzo. En algunos de estos casos, habiendo determinado la violencia exterior una lesion en el tumor hidatídico, ó en el órgano que le contenia, no ha hecho mas que revelar su existencia hasta entonces desapercibida, ó bien un esfuerzo muscular ha podido arrojar el quiste del sitio donde se habia desenvuelto, y le ha hecho aparente por un desprendimiento.

No se posee sino un pequeño número de documentos sobre la frecuencia ó rareza de las hidátides, segun las comarcas, ó segun las

localidades. Segun el informe de Budd, su existencia apenas ha sido mencionada por los médicos que han escrito sobre las enfermedades de la India. Bilharz ha visto tres casos de hidátides del hígado en Egipto. Son muy raras en los Estados-Unidos: este hecho ha sido confirmado por el doctor Shattuck. Leidy (1) no hace mencion mas que de dos casos de hidátides: 1.° uno corresponde á un quiste hallado en los músculos del lado derecho del abdómen, en un hijo de un marino inglés: 2.° el otro, dos quistes hallados en el hígado de un francés; añade que no ha visto jamás hidátides en un anglo-americano. Ni se hace mencion de ellas en el catálogo del museo de Boston. Las hidátides, segun las observaciones de Leudet, son mas comunes en Rouen que en Paris. Segun las investigaciones microscópicas de R. Virchow, los equinococos son muy comunes en Wurtzbourg y en Berlin.

En Islandia la afeccion hidatídica reina de una manera endémica. El doctor Schleisner, que ha publicado una topografía médica de esta region, ha sido uno de los primeros que dió á conocer este hecho. Segun los informes dados á Siebold por el profesor Eschricht (de Copenhague), la sexta parte de la poblacion islandesa es atacada de esta enfermedad. Schleisner dice que es mas comun en el interior de la isla que en el litoral.

Un cirujano de marina, Guérault, ha dado una relacion de esta endemia; las estadísticas dispuestas por órden del gobierno danés, dice este cirujano, y que el médico general de Islandia trasmite cada año á Copenhague, establecen que esta enfermedad ataca actualmente la quinta parte de la poblacion islandesa.....

La afeccion hidatídica islandesa (livrarveiki) ocupa casi siempre el hígado, como lo demuestra el nombre que ha recibido en la lengua del pais; alguna vez se han hallado tambien hidátides en los pulmones y en los riñones, debajo, como encima del diafragma. Así mismo se han hallado en la piel y aun en la túnica vaginal. (Davaine.)

2.° *Causas ocasionales.*—En lo sucesivo es imposible admitir la generacion espontánea de las hidátides, así como hallar su orígen en una disposicion particular del cuerpo (helminthiasis), de la cual las lombrices no serian mas que el producto y la expresion. «Nuestros entozoarios, dice Davaine (2), vienen todos primitivamente del exterior; son en su mayor parte incapaces de propagarse en nosotros, y cada uno de los indivíduos que nos acometen ó invaden es verdaderamente extraño. Hay lombrices en el momento que uno se ha expuesto á su invasion por las bebidas, por los alimentos que nos traen sus larvas, por las condiciones exteriores que permiten la in-

(1) Leidy, *Synopsis of Entozoa and some of their ecto-congeners observed by the Author*. Philadelphia, 1856.

(2) Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*. Paris, 1860.

troduccion de estas larvas á través de nuestros tegumentos, hecho reconocido hoy para la ténia, la ascáride lumbricoide, el tricocéfalo.»

La analogía que existe entre la cabeza de una ténia y la del equinococo de las hidátides, ha hecho suponer que las hidátides no eran sino embriones de ténia extraviados, y que no habian alcanzado sino un desarrollo incompleto. Tal es la opinion de Siebold y de Kuchenmeister. Davaine no se somete enteramente á esta hipótesis, bien que dice «la analogía y la induccion permiten presumir que, en ciertas circunstancias, el equinococo se convierte en ténia, y que la hidátide primordial proviene de un embrion de esta ténia.»

Véanse, en efecto, las objeciones que se presentan.

«En cuanto á saber si los equinococos del hombre pueden desarrollarse en sus intestinos y formar allí lombrices cestoides (ténia) de que está afectado, la negativa es cierta; porque el número y la dimension de los dientes del equinococo no se hallan en las lombrices cestoides del hombre; además, se han hecho con frecuencia experimentos directos y decisivos á la vista de médicos: se posee un gran número de observaciones de tumores hidatídicos abiertos en el estómago y en el intestino; los equinococos introducidos por millares en estos órganos hubieran crecido si allí hubiesen encontrado las condiciones propias para su desarrollo, y la existencia de un gran número de ténias consecutivo á la abertura de un tumor hidatídico en el tubo digestivo no podria pasar desapercibido por los enfermos y por los médicos (1).

Aunque la cuestion de trasformacion de las hidátides en ténias y recíprocamente no esté aun resuelta, ello es lo cierto que las hidátides provienen del exterior, y no son el resultado de una generacion expontánea.

§ III.—Síntomas.

Invasion.—Esta enfermedad empieza casi siempre de un modo latente, y solo se revela su existencia cuando se halla ya en una época bastante avanzada. Es verdad que en cierto número de individuos se observan síntomas diversos que tienen principalmente su asiento en las vias digestivas; pero por lo comun es imposible saber todavía cuál es el órgano afectado.

Síntomas.—En el mayor número de casos, cuya proporcion exacta no nos es posible indicar, existe un *dolor*, ó á lo menos una *molestia* y un *peso* incómodos en el hipocondrio, en el epigástrio ó en ambos puntos á la vez. Cuando la afeccion ha hecho considerables progresos y ha llegado á lo que se ha designado con el nombre de *segundo período* de la enfermedad, puede haber un *dolor vivo* en

(1) Davaine, *Comptes rendus des séances* et *Mémoires de la Société de biologie*. Paris, 1856, 2.ª série, t. II, p. 169.

cierto número de casos; pero como dice el doctor Barrier, tal vez se debe referir, mas bien que á los progresos de las hidátides, á los cambios que se efectúan en la sustancia hepática que las rodea, y lo que prueba la verdad de esta asercion es que es muy raro que el dolor vivo llegue á hacerse permanente, y por el contrario su carácter es presentarse por intervalos para ser sustituido al cabo de un tiempo mas ó menos largo por la incomodidad y el peso que existen de un modo contínuo. Hay sin embargo una circunstancia en que el dolor agudo se hace permanente, y es cuando llega á formarse la supuracion en el quiste; pero entonces la afeccion toma los caractéres de un verdadero absceso, y presenta casi completamente los síntomas de una hepatitis aguda. Finalmente, las peritonitis parciales, de que aparecen vestigios despues de la muerte en las falsas membranas que unen al hígado con la pared abdominal, pueden hacer que la enfermedad sea sumamente dolorosa.

Cuando el dolor llega á tener cierto grado de agudeza, suele por lo comun exacerbarse por los grandes movimientos respiratorios, los esfuerzos de tos, el estornudo y los movimientos extremados del tronco. Algunas veces hay *irradiaciones dolorosas* espontáneas que se estienden por el abdómen, al pecho y aun hasta el hombro, cuyas irradiaciones dependen tambien de las diversas alteraciones que se han efectuado en el hígado y en sus inmediaciones.

La simple posicion puede aumentar mucho el dolor, y se ha observado que cuando las hidátides ocupan el lóbulo derecho del hígado, los enfermos adoptan mas bien el *decúbito* sobre el lado derecho que sobre el izquierdo, y que sucede lo contrario cuando la afeccion ocupa el lóbulo menor. No obstante, por lo general prefieren los enfermos la posicion supina.

En algunos casos, dice Barrier, el dolor y la incomodidad son *mayores por la noche que durante el dia*, lo cual en mi juicio no depende tanto de una influencia *sincrónica* como de la posicion horizontal del cuerpo que hace mas penosa la accion del diafragma durante la respiracion que en la estacion vertical.

El *aumento de volúmen del hígado* y la *figura particular* que adquiere este órgano son signos que importa mucho considerar. Este aumento se hace á espensas del pecho ó del abdómen, algunas veces en las dos direcciones; y al mismo tiempo la glándula pierde su forma normal. Sus límites apreciables al tacto y á la percusion pueden extenderse hácia arriba hasta la segunda costilla, hácia abajo hasta la cresta ilíaca; de suerte que el tumor ocupa la mayor parte del lado derecho del tórax, ó de la cavidad abdominal, echa hácia el exterior la pared del vientre, lo mismo que las costillas, y llena los espacios intercostales, de manera que se hace aparente á simple vista. Esta es una deformidad que Frerichs ha observado, y cuyo diseño damos aquí (fig. 28).

El borde del hígado sobresale de las costillas falsas hasta el punto

de llegar á veces al ombligo y aun mas abajo, y en los casos en que hay varios tumores hidatídicos, la superficie accesible á la *palpacion* se encuentra *abollada* y presenta una *renitencia elástica* en las diversas partes prominentes. Al contrario, otras veces se halla un tumor único y en ocasiones perceptible á la simple vista.



Figura 28.—Mudanza de sitio de los órganos torácicos por consecuencia de equinococos del hígado.—*b*. Diafragma remontándose hasta la segunda costilla derecha.—*c*. Quiste hidatídico.—*d*. Bazo.—*e*. Corazon.—*f*. Estómago.
(Frerichs, fig. 106.)

Tumores.—Estos tumores que ocupan el epigastrio ó el hipocondrio derecho ó las diversas partes de estas dos regiones, son redondeados, á veces aplanados, por lo comun lisos y regulares, y en algunos casos abollados y desiguales. Cuando un tumor ocupa el epigastrio parece algunas veces bilobulado, efecto de la línea blanca que deprime su parte media (Barrier). Estos tumores por lo comun bien circunscritos, y á veces sin límites exactos, son notables por su renitencia y elasticidad; la *fluctuacion* es siempre en ellos oscura á causa de su gran tension, y presentan una circunstancia que es preciso notar con cuidado, cual es el modo de relacionarse el tumor con las costillas falsas. En efecto, como las colecciones hidatídicas se elevan á mayor ó menor altura en el cuerpo del órgano, de aquí resulta que palpando con atencion se observa que se insinúan por debajo de las costillas falsas.

Por la *percusion* se puede notar en primer lugar el desarrollo del hígado por el lado de la cavidad torácica, y en segundo lugar un ruido particular que se percibe en algunos casos y al cual se ha dado el nombre de *ruido hidatídico*. Segun Barrier, rara vez se produce este ruido, y en efecto, es muy cierto que en algunos casos de hidátides bien caracterizadas, la percusion hecha todo lo metódicamente posible no ha podido apreciar este ruido particular; y no es menos verdadero que cuando existe conviene observarle con mucha detencion. En un sugeto que presentaba un enorme tumor que subia,

por una parte, hasta la segunda costilla derecha, y que bajaba, por otra parte, hasta la cresta ilíaca, hemos percibido el estremecimiento hidático de la manera siguiente: aplicada de plano fuertemente la mano á la parte mas saliente del tumor, percutimos fuertemente sobre el dedo medio, y el *estremecimiento se hacia sentir en la palma de la mano;* de ninguna otra manera se podia obtener. Este hecho no debe ser perdido para el observador. Se puede percibir el *estremecimiento hidatídico* cuando se comunican movimientos al tumor con objeto de apreciar la fluctuacion.

El doctor Guillemain, de Rombos (1), ha observado en un caso un *ruido particular* producido por unas constricciones dolorosas que sobrevenian en el tumor á cada veinte minutos próximamente. Este ruido, que se percibia sin necesidad de instrumento alguno y hasta á un pié de distancia, era un verdadero *retintin semejante á la crepitacion que produciria una porcion de granos de arena fina que cayesen en una copa de cristal:* era en fin el retintin metálico de las escavaciones del pecho, pero repetido al infinito. En el intervalo de estas constricciones solo se percibia como un temblor ó una vibracion, y al dia siguiente habia desaparecido completamente este ruido.

La *ictericia* es mucho mas rara en esta enfermedad que lo que algunos autores habian creido, puesto que de treinta y tres observaciones que ha reunido el doctor Barrier solo se ha presentado en siete, y lo que prueba que no es un síntoma esencial de la enfermedad, es que las mas veces solo se ha presentado de un modo transitorio, bien en el principio, ó durante el curso, ó tan solo hácia el fin de la enfermedad. Trousseau (2) aun indica otras dos causas para la ictericia: una seria la compresion de los conductos biliares por el quiste; la otra, mas rara pero de la cual el mismo autor cita dos ejemplos, seria el penetrar las hidátides en estos mismos conductos.

Tampoco son síntomas mas frecuentes que la *ictericia*, la *ascitis* y el *edema de las extremidades inferiores*, y hasta segun las observaciones de Barrier, son todavía mas raros, puesto que de cuarenta casos solo se ha observado una hidropesía en siete, siendo además digno de notarse que esta hidropesía solo se ha presentado en los últimos tiempos de la enfermedad. Nada se encuentra en los autores que pueda darnos á conocer á qué circunstancia particular se debe atribuir la existencia de la ascitis ó del edema.

En cuanto á las *vias digestivas*, aparecen á una época muy variable desórdenes que al principio consisten principalmente, en la *lentitud* y *dificultad en las digestiones*, y á veces en *náuseas*, *vómitos* y *diarrea*, fenómenos que nunca son constantes y que aparecen en épocas irregulares. Mas adelante el *apetito* está casi siempre dismi-

(1) Guillemain, *Note sur un bruit particulier, etc. (Gazette médicale de Paris,* 1847).

(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.ª édition.

nuido ó hasta abolido, y la diarrea se hace frecuente ó contínua. Las materias espelidas no ofrecen por lo comun nada de particular, pero algunas veces se encuentra en medio de ellas un número, en ocasiones muy considerable, de hidátides, unas veces enteras y otras rotas, ó mas ó menos alteradas por el trabajo inflamatorio que se ha efectuado en el tumor hidatídico, de lo cual se ha citado hace poco un ejemplo notable. En estos casos ha habido *rotura* de este tumor *en el intestino* y casi siempre en el cólon. Cuando el tumor se abre en *el estómago*, de lo que se han referido algunos ejemplos, los vómitos se hacen frecuentes y diarios, y entre las materias arrojadas se hallan igualmente entozoarios perfectamente manifiestos y acompañados á veces de una cantidad mayor ó menor de bílis. Por lo comun no se ha apreciado el estado de la *orina*.

En cuanto á la *respiracion* solo se observa una dificultad mas ó menos grande, una dísnea en relacion con el desarrollo del volúmen del hígado y la intensidad mayor ó menor del dolor, y así es que la respiracion empieza á hacerse penosa cuando la enfermedad ha hecho progresos considerables. Algunas veces se presenta una opresion manifiesta, á la que siguen pronto ataques de tos, y la espectoracion de cierta cantidad de hidátides que sobrenadan en el pus y en algunos casos en la bílis. Esto depende de la rotura del quiste hidatídico *en el pulmon* al través del diafragma, y cuando se verifica este accidente en la *cavidad de la pleura*, se observan los signos de una pleuresía sobreaguda, que por lo comun arrebata prontamente al enfermo.

Durante mucho tiempo la *circulacion* no presenta nada notable, y solo hácia el fin de la enfermedad, cuando se inflama el tumor hidatídico ó sobreviene una complicacion cualquiera, el pulso se hace acelerado y por lo comun pequeño y débil. El *calor* está mas bien disminuido que aumentado, á menos que no haya una complicacion inflamatoria; y en cuanto al *enflaquecimiento* que en el principio es poco notable, puede ser bastante hácia el fin de la enfermedad para que los enfermos lleguen á un estado de marasmo, sobre todo cuando la diarrea se hace permanente.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

Las hidátides del hígado, lo mismo que la mayor parte de las afecciones crónicas y quizá aun mas, presentan alternativas manifiestas de exacerbacion y remision: sin embargo, debemos decir que los progresos son contínuos aunque lentos, aun cuando parezca que se contienen algunas veces. Pero el curso de la enfermedad es muy diferente segun que se la examina en sus diversas épocas, lo que ha movido á los autores á dividirle en dos períodos. *En el primero*, que por lo comun solo está caracterizado por un poco de incomodidad en el hipocondrio, diversos trastornos en la digestion y una tume-

faccion del hígado, que por mucho tiempo puede pasar desapercibida para el enfermo, los progresos de la enfermedad son sumamente lentos y se efectúan casi siempre de un modo regular. Por el contrario, *en el segundo* se observan el dolor mas ó menos agudo, la diarrea, el enflaquecimiento y algunas veces la ictericia y la ascitis; el curso de la enfermedad se hace rápido, y entonces es cuando sobrevienen las diversas roturas de que hemos hecho mencion antes de ahora, la inflamacion del quiste, la hepatitis circunyacente, y en una palabra, los diversos accidentes que dejamos indicados. De aquí resulta que este período presenta, mucho mas que el anterior, alternativas notables de mejoría y exacerbacion, hasta el punto que unas veces se puede creer que el enfermo está próximo á sucumbir, y otras parece que camina hácia la curacion.

La *duracion* es muy variable y puede ser muy larga, como resulta de las observaciones de Barrier, pues de veinticuatro casos que ha reunido este médico, solo en tres ha durado la enfermedad menos de dos años, y en los demás ha variado entre dos y treinta años; y si atendemos, no solo á estos hechos, sino tambien á otros en que se encuentra indicada la duracion de un modo bastante exacto aunque aproximativo, veremos que ha variado de dos á ocho años en la gran mayoría de casos. Los diversos accidentes que antes de ahora hemos indicado y las operaciones que se practican como un medio curativo, tienen necesariamente que abreviar mucho esta duracion, ya sea haciendo sucumbir á los enfermos, ya procurando una curacion mas ó menos pronta.

Barrier ha estudiado la *terminacion* con especial cuidado, y en efecto, es un punto de mucha importancia y merece que nos detengamos un instante. Este autor ha dividido en cinco categorías las causas de muerte en esta afeccion.

1.ª En la primera se comprenden los casos en que la sola compresion ejercida por el tumor hidatídico sobre los órganos inmediatos, ha interrumpido las funciones lo bastante para ocasionar la muerte. Un caso que refiere Gooch y citado por el profesor Cruveilhier (1), parece es el único que puede admitirse como correspondiente á este género de terminacion.

2.ª Otras veces la inflamacion invade el quiste y los enfermos sucumben lo mismo que en la hepatitis crónica.

3.ª En otros casos hay rotura del quiste en el peritoneo ó en la pleura, bien de un modo enteramente expontáneo, ó durante un esfuerzo, á consecuencia de una caida, un golpe, etc., y entonces se desarrollan los síntomas de una peritonitis ó de una pleuresía sobreaguda que arrebata prontamente á los enfermos.

4.ª En otras circunstancias no ocasiona la rotura consecuencias tan prontamente funestas en razon á efectuarse en un órgano hueco

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, in-folio avec planches XII et XXII livraisons.

que expele al exterior la materia contenida en el quiste, pero se manifiestan síntomas crónicos. Así, cuando el tumor se abre en el intestino, hay una diarrea que nada basta á contener y que estenúa al enfermo; si es en el estómago, aparecen síntomas de gastritis crónica y trastornos digestivos tan considerables, que no tarda el sugeto en pasar á un estado de marasmo; si la rotura se verifica en los pulmones, hay opresion, disnea y espectoracion purulenta; en una palabra, en cada uno de estos órganos, se desarrolla una inflamacion crónica sumamente extensa y que está sostenida por el paso contínuo de las materias del quiste.

Algunas veces *se rompe el tumor al exterior*, lo cual no impide que sucumba el enfermo á consecuencia de la supuracion permanente y de la inflamacion del quiste.

5.ª Finalmente, en otras circunstancias hay hidátides en otros órganos y llegan á dificultar sus funciones, y á acelerar de este modo la terminacion funesta (Barrier). En un caso que refiere Aran (1), un tumor hidatídico eliminado por la supuracion del quiste, viene á colocarse en el conducto colédoco y determina la obliteracion de los conductos biliares.

Algunas veces la terminacion es *favorable* sin que se haya recurrido á una operacion, y así se citan algunos casos, aunque sumamente raros, en que un tumor que se ha considerado como una hidátide, ha terminado por aplanarse y desaparecer con todos los accidentes que ocasionaba; pero en primer lugar se suscita la duda de si realmente seria un tumor hidatídico, y en segundo si tal vez se habria efectuado su abertura en un órgano hueco y esta terminacion habrá pasado desapercibida.

Por el contrario, la curacion por la expulsion al exterior de la materia contenida en el quiste, es un hecho perfectamente demostrado, y resulta de las observaciones que la mejor via de eliminacion es la abertura del quiste al través de la abertura abdominal, á la que sigue la rotura en las vias digestivas, y sobre todo en el cólon. Despues de varios accidentes, segun el punto en que tiene lugar la rotura, disminuye la expulsion de las hidátides, el hígado recobra sus dimensiones normales, y los sugetos pueden vivir todavía por mucho tiempo sin que vuelva á reproducirse la enfermedad.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Por lo comun se encuentra un número mas ó menos considerable de hidátides contenidas en una sola y única cavidad, y que tienen un volúmen variable, puesto que unas no presentan el grosor de un cañamon, y otras son de la magnitud de una naranja gruesa y hasta de la cabeza de un feto de todo tiempo. En algunos casos raros

(1) Aran, *Union médicale*, 16 Diciembre 1851.

solo se ha hallado una hidátide única, que se ha designado con el nombre de *hidátide solitaria*.

Cuando se estudia la extructura de las hidátides, y la manera como se comportan respecto al hígado, se ve que se componen desde luego de una envoltura, que circunscribe el quiste, al cual se ha dado el nombre de *quiste hidatídico*, y que está compuesto de una lámina externa con frecuencia muy gruesa, consistente, célulo-fibrosa, ó fibrosa, fibro-cartilaginosa, huesosa. Esta bolsa contiene, de manera que la llena completamente, una vesícula de apariencia gelatinosa, grisácea, formada de numerosas capas hialinas: esta es la vesícula madre del equinococo cuando ha alcanzado un grado de desarrollo considerable. En el interior se halla un líquido, claro como el agua, en el cual están nadando un gran número de vesícu-

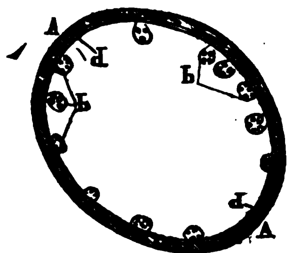


Figura 29.—Equinococo.—*A*. Pared homogénea blanca, opalina, gruesa, temblorosa, que envuelve la membrana madre de los equinococos.—*d*. Membrana madre á cuya superficie están adheridos los equinococos.—*b*. Equinococos adheridos á la membrana madre. (Bouchut.)

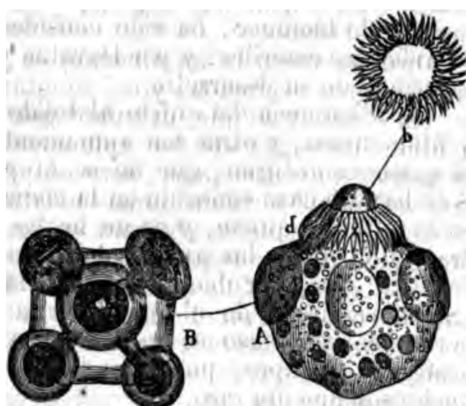


Figura 32.—*A*. Equinococo libre de cuerpo esferoidal, largo de 0^{mm}, 2 á 0^{mm}, 25 cuando la cabeza está dentro; 0^{mm}, 3 si ha salido.—*a*. Corona de dientes alrededor de la cabeza.—*b*. La misma, vista aparte.—*B*. Cabeza vista boca arriba con las cuatro ventosas. (Bouchut.)



Figura 30. Ganchos libres. (Bouchut.)

Figura 31.—Equinococo libre, engruesado. (Bouchut.)

las de un volúmen variable (fig. 29); algunas de estas vesículas, sobre todo las mas pequeñas, están fijadas á la vesícula madre. Su

grosor varía desde el de un grano de mijo, hasta el de un huevo de pato, y su número es frecuentemente muy considerable. Algunas de estas vesículas contienen á veces otras pequeñas, que pertenecen á una tercera generacion. En la cara interna de estas vesículas, un exámen atento hace descubrir pequeñas granulaciones blancas, reconocibles al exterior por su trasparencia, que no son mas que la ténia equinococa misma. Este parásito tiene de largo 2 á 3 décimos de milímetro, su cabeza está provista de cuatro ventosas y de un pico cercado de una corona de dientes (fig. 30 y 32). La cabeza del animal está separada del cuerpo por un surco, y presenta en su extremidad posterior una depresion umbilical, en la cual se inserta un cordoncillo, que fija el animal á la cara interna de la vesícula (figura 31).

No es esta la sola forma bajo la cual se presentan los equinococos. Así, Frerichs cita casos en que la vesícula madre no contiene vesículas de segunda generacion, y en las cuales se desarrollan los equinococos en su cara interna; en fin, los mismos equinococos faltan, y esta especie que constituye, por decirlo con propiedad, los acefalocistos de Laennec, ha sido considerada por Kuchenmeister como de hidátides estériles, y por Davaine y Laségue como un grado poco avanzado de su desarrollo.

La adherencia del quiste al tejido del hígado unas veces es floja y filamentosa, y otras tan sumamente apretada, sobre todo cuando el quiste es antiguo, que no se la puede separar del parénquima. Solo hay un caso conocido en la ciencia en el que se ha podido creer en la falta del quiste, y es un hecho que ha referido el profesor Andral, y en el que las paredes del hígado que formaban la cavidad hidatídica estaban cubiertas únicamente de una capa de pus concreto. ¿Se habria destruido el quiste por la supuracion? Difícil es creerlo, porque en este caso se hubieran hallado indudablemente algunos vestigios. Siempre, pues, tendremos que la falta del quiste es un hecho sumamente raro.

De este conjunto formado por el quiste comun, el líquido que contiene y las hidátides que sobrenadan en su interior, resulta lo que se ha llamado *tumor hidatídico*, que las mas veces es único aun cuando se pueden hallar varios en el interior del hígado. Algunos autores, cuyas observaciones ha reunido Barrier, han visto este órgano cubierto de los tumores de que nos ocupamos, pero el profesor Cruveilhier nunca ha hallado mas de cuatro.

En cuanto al volúmen de los tumores es muy variable: del tamaño algunas veces de un huevo, ó mas pequeños aun, pueden llegar á ser considerables para empujar el diafragma muy arriba hácia el vértice del pecho, y para hacer que baje el hígado hasta cerca de la fosa iliáca.

El tumor es ordinariamente redondeado, está situado á mayor ó menor profundidad en el interior del órgano, y tiende á dirigirse

mas tarde hácia la superficie. Segun las investigaciones de Barrier, las hidátides ocupan con mucha mas frecuencia el lóbulo derecho que el izquierdo del órgano.

En las inmediaciones del tumor el hígado se presenta mas denso, de color mas leonado que en el estado normal, y por la comun se encuentra atrofiado su tejido por efecto de la compresion. Las vias biliarias se hallan casi siempre sin alteraciones.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Antes de entrar en el *diagnóstico* diferencial creo debo hacer el resúmen de los signos positivos que tambien ha presentado Barrier. El diagnóstico positivo debe buscarse en «la naturaleza de los dolores, que por lo comun son durante mucho tiempo sordos, oscuros y profundos; en la ictericia y la ascitis, que raras veces se desarrollan, sobre todo si no hay complicaciones, y en la aparicion en la region del hígado, algun tiempo despues de la invasion de los dolores, de un tumor duro, elástico, renitente, redondeado ó aplastado, rara vez abollado, circunscrito, indolente ó poco sensible á la presion, y con fluctuacion mas ó menos difícil de apreciar.»

¿Con qué afeccion se pudieran confundir ahora los tumores hidatídicos? Hallamos primero *abscesos;* pero el curso de la enfermedad en la *hepatitis aguda*, el dolor notablemente mas intenso desde el principio que en las hidátides, la ictericia y la fiebre facilitan la formacion del diagnóstico. En los casos de *hepatitis crónica*, este diagnóstico es mucho menos seguro, y no es posible dudar que se han cometido con frecuencia errores que son por otra parte bien disculpables.

El *estremecimiento* y el *ruido hidatídico* ¿son signos de mucha importancia? Ya hemos dicho antes de ahora que solo se los ha podido apreciar en un corto número de casos, y por otra parte se han citado observaciones de abscesos que presentaban una configuracion particular, en los que se ha percibido un ruido y un estremecimiento análogos. Resulta, pues, que no se debe esperar bajo este concepto sacar grandes luces de la palpacion y de la percusion en la mayor parte de los casos, pero á pesar de todos los motivos de duda que acabo de indicar, si existen el estremecimiento y el ruido hidatídico, tenemos en esta circunstancia un signo útil para el diagnóstico.

Un *tumor biliario*, es decir, formado por la dilatacion de la vejiga de la hiel, podria confundirse con un tumor hidatídico; pero me reservo ocuparme de este diagnóstico en uno de los artículos siguientes en que trataremos de esta especie de tumores.

Los *tumores cancerosos del hígado* han podido tomarse algunas veces por una afeccion hidatídica; pero claro está que solo presentará este diagnóstico dificultades bastante grandes en la época en que

la masa cancerosa ha empezado ya á reblandecerse. No obstante, el enflaquecimiento mucho mas considerable y mas rápido en el cáncer del hígado, la existencia en el mayor número de sugetos de un cáncer en otro órgano y principalmente en el estómago, y en tal caso trastornos digestivos mucho mas notables, son otros tantos signos que vienen á ilustrar al práctico.

Segun todos los autores el diagnóstico mas difícil es sin disputa el de la *hidropesía enquistada*. En efecto, en los casos de este género el tumor presenta la misma figura é iguales caractéres físicos; la enfermedad marcha de un modo idéntico, y por último, ya hemos dicho que la falta del estremecimiento y del ruido hidatídico dista mucho de probar que la afeccion no es un tumor hidátide del hígado. ¿Se podria ilustrar este diagnóstico por la *puncion exploradora?* No lo creo, porque el líquido que sale no se diferencia de un modo sensible en las dos especies de tumores. Por el contrario, la puncion exploradora serviria para establecer el diagnóstico de un modo positivo en los casos de abscesos ó tumores biliarios; pero creo que conviene decir que esta puncion debe hacerse *con un trócar muy fino*, cuya cánula no esceda de un milímetro ($^1/_5$ de línea) de diámetro. No se ha citado ningun hecho en que la puncion practicada de este modo haya tenido malos resultados.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° *Signos positivos de las hidátides del hígado.*

Dolor, durante mucho tiempo, *sordo, oscuro* y profundo.
Ictericia y ascitis *raras*.
Algun tiempo despues de la invasion de los dolores, *tumor elástico*, redondeado, circunscrito, indolente ó casi indolente en la region del hígado.
Fluctuacion mas ó menos *oscura* y profunda.

2.° *Signos distintivos de las hidátides y de los abscesos del hígado, en los casos de hepatitis aguda.*

HIDÁTIDES DEL HÍGADO.	ABSCESOS AGUDOS DEL HÍGADO.
Curso *lento* de la enfermedad.	Curso *rápido* de la enfermedad.
No hay fiebre.	*Hay fiebre.*
Durante mucho tiempo, *simple incomodidad* y peso en el hipocondrio, ó dolor sordo y ligero.	*Dolor mas ó menos vivo* en la region del hígado.
Rara vez hay ictericia.	Ictericia *frecuente y pronunciada.*
Tumor *elástico é indolente.*	Tumor *menos elástico*, pastosidad y *dolor* á su nivel.
Fluctuacion *difícil de apreciar.*	Fluctuacion *mas fácil de apreciar.*

3.° *Signos distintivos del tumor hidatídico y de un tumor canceroso del hígado.*

TUMOR HIDATÍDICO.	TUMOR CANCEROSO.
Al principio no hay enflaquecimiento y luego se presenta de un *modo lento.*	Enflaquecimiento por lo comun *manifiesto desde el principio* y luego bastante *rápido.*
Resistencia y *elasticidad* del tumor.	Tumor *duro* ó de *consistencia pastosa.*
No hay afecciones cancerosas en otros órganos, sobre todo en el estómago.	*Afecciones cancerosas* en *otros órganos*, y sobre todo en el estómago.
Trastornos digestivos *mucho menos marcados.*	Trastornos digestivos *mas manifiestos*, especialmente en los casos de afeccion gástrica concomitante.

Pronóstico.—El pronóstico de esta afeccion es evidentemente grave; en efecto, ya hemos dicho mas arriba que podia sobrevenir la terminacion fatal de muy diversos modos. Sin embargo, en la actualidad no son raros los casos de haber terminado expontáneamente la enfermedad de un modo favorable por la evacuacion de las hidátides, ni tampoco las curaciones que se han obtenido en estos últimos años á beneficio de diversas operaciones; por consiguiente entre las enfermedades crónicas de la glándula hepática, las hidátides deben considerarse como una de las menos funestas. Cuando el tumor es único y está próximo á la pared abdominal, es evidente que el pronóstico es menos grave, puesto que la operacion tiene mayores probabilidades de buen éxito. De todas las roturas que tienden á dirigir las hidátides al exterior, la mas favorable es la que se efectúa al través de la pared abdominal, y la mas grave entre todas, pues constantemente es mortal, la que se verifica en el peritoneo.

§ VII.—Tratamiento.

A pesar de la proscricion que Lassus lanzó contra todo tratamiento quirúrgico, Recamier recurrió en un caso de tumor hidatídico del hígado á una de esas operaciones que he creido oportuno describir al tratar de los abscesos del hígado, puesto que son igualmente aplicables á una y otra de estas dos afecciones. El tratamiento pues de las hidátides nos ofrece medios muy importantes bajo este punto de vista; pero ¿habrá algun remedio que pueda sernos útil antes de decidirnos á practicar la abertura del tumor? Todos los autores que se han ocupado recientemente de esta enfermedad están conformes en decir que el tratamiento interno solo tiene una escasísima importancia; y en efecto, si consultamos las observaciones, veremos, como lo ha hecho notar Barrier, que las diversas preparaciones farmacéuticas que se han usado y en las que se ha tenido mas ó menos

confianza, no han ejercido ninguna accion directa en el curso de la enfermedad. Por consiguiente nos limitaremos á indicar en muy pocas palabras estos diversos *medios internos*, que solo deben emplearse en los casos en que no sea posible practicar la operacion, ya porque existan complicaciones demasiado graves, ya porque el número de tumores, cuya existencia se reconoce ó sospecha, sea muy considerable, ó ya, en fin, porque las hidátides hayan invadido otros órganos esenciales á la vida.

Los medicamentos de que se ha hecho uso son en primer lugar los *desobstruentes* y los *fundentes*, que volveremos á hallar en todas las afecciones crónicas del hígado, que confundidas casi todas por los autores del siglo pasado han sido tratadas exactamente del mismo modo unas que otras. Ya hemos indicado estos medicamentos en el artículo *Hepatitis crónica*.

Se han recomendado los *purgantes* mas ó menos enérgicos y los *vomitivos;* pero no se debe esperar que puedan hacer desaparecer el tumor hidatídico, y solo en algunos casos raros parece que han acelerado su rotura en el estómago ó en los intestinos. Sin embargo, no sería prudente emplearlos aun con este objeto, porque en primer lugar no hay ningun signo que pueda hacernos preveer que el quiste presenta tendencia á romperse en uno ú otro de estos órganos, y en segundo lugar se corre el riesgo de provocar una diarrea, á la que ya tiene demasiada propension la enfermedad en una época adelantada dc su desarrollo. Los *purgantes salinos* han sido los que se han prescrito con mas frecuencia.

No se ha echado en olvido en el tratamiento de las hidátides los *colomelanos*, que los médicos ingleses recomiendan contra todas las afecciones del hígado; pero nada prueba que hayan ejercido una influencia particular, aun en aquellos casos en que se han dado hasta producir la salivacion. En un caso que cita Jose Frank y que Barrier ha tomado de este autor, sobrevinieron vómitos de hidátides en gran número durante la administracion de los calomelanos que fué seguida de salivacion, y el enfermo se curó; pero claro está que no se puede atribuir á la accion del medicamento esta rotura en el estómago, que se ha observado en circunstancias enteramente diferentes.

Se han prescrito cierto número de medicamentos con el objeto de matar las hidátides, ó en otros términos, como *antihelmínticos*. Me limitaré á citar la *trementina* y el *aceite empireumático de Chabert*, medicamentos de que ya he hablado detenidamente al hablar de las lombrices intestinales, y solo insistiré en el *agua de mar*, elogiada por muchos médicos.

Se pueden ensayar el *agua de mar* tomada diariamente á la dósis de tres á ocho vasos, y los baños de mar, principalmente los de olas; mas cuando no sea posible trasladar el enfermo á un puerto, se administra el *agua de mar artificial* en baños y bebida, cuya fórmula para baños es la siguiente:

R. Sal comun.............	5300 gram.	Cloruro de cal........	470 gram.
Cloruro de magnesio....	120 gram.	Sulfato de sosa........	2060 gram.

Para un baño de 200 litros (400 cuartillos).

Para el *agua de mar artificial para bebida* se puede prescribir la fórmula siguiente:

R. Sal marina gris...........	17 gram.	Cloruro de magnesio.....	6 gram.
Sulfato de sosa...........	11 gram.	Agua....................	1 litro.
Cloruro de calcio..........	2 gram.		

Disuélvase. Se toma á la dósis de 500 á 1000 gramos (16 á 32 onzas) al dia.

Se han recomendado igualmente las *preparaciones de iodo*, sin que tengamos datos mas seguros acerca de su eficacia.

Finalmente, se han aplicado á la region del hígado *vejigatorios, cauterios* y *moxas*; pero como medios curativos no se ha obtenido de ellos ningun resultado evidentemente ventajoso. Sin embargo, los *vejigatorios ambulantes* aplicados al hipocondrio cuando hay un punto dolorido, pueden hacer desaparecer ó disminuir notablemente el dolor, de modo que como medio paliativo es lícito atribuirles algunas ventajas.

Queda, pues, como principal, si no como único medio de salvacion, la *operacion* tan felizmente intentada por el profesor Recamier. No volveremos á repetir aquí lo que de ella hemos dicho al hablar del tratamiento de los *abscesos del hígado*, y solo haremos notar que muchos autores, y entre ellos Barrier, consideran el procedimiento de Recamier como mas seguro que el de Begin. Pero como ya hemos dicho en el artículo que acabamos de indicar, la operacion propuesta por Begin no ha tenido ningun inconveniente en los casos que posee la ciencia, es mas pronta y menos dolorosa que la de Recamier, y aun cuando es muy útil conocer esta última y haya producido resultados notables, no sabemos por qué no se ha de preferir un procedimiento que solo es una simplificacion de aquella, y que no tiene el peligro que se la atribuye, ó á lo menos no hay nada que así lo pruebe.

En el caso citado mas arriba, la operacion hecha de esta manera por Michon ha tenido un éxito completo.

A. Boinet (1) recomienda, sobre todo para completar el tratamiento, las inyecciones iodadas. Despues de haber practicado la puncion simple, unas veces con un trócar de grosor mediano (fig. 33 á 35), otras veces con un trócar explorador muy fino (fig. 36), y despues de haber así dado salida al líquido se inyectará en la cavidad del quiste.

(1) Boinet, *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 5 de Noviembre 1851. *Iodothérapie, ou emploi médico chirurgical de l'iode et de ses composés*. Paris, 1855, p. 385-389.

R. Tintura de iodo......... 50 gram. | Agua.................. 50 gram.
Ioduro de potasio....... 2 gram. |

Las inyecciones iodadas han sido igualmente útiles en los casos que hemos referido. Mas tarde, habiendo tomado el líquido del quiste un olor muy fétido, se sustituyeron con ventaja con las *inyecciones cloruradas*.

Para hacer esta inyeccion se podrá hacer uso de la geringa de do-

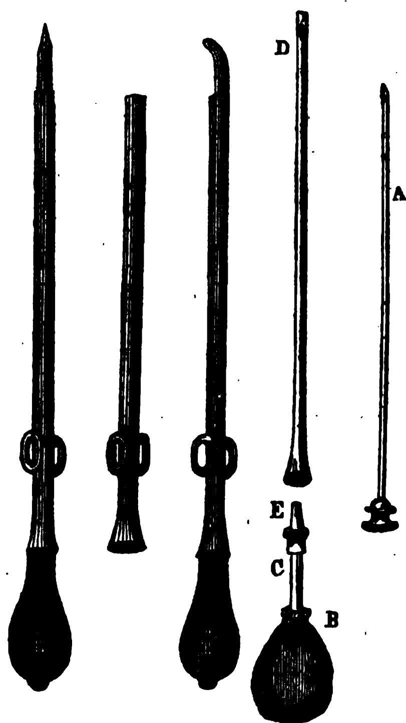


Fig. 33. Fig. 34. Fig. 35. Fig. 36.

Fig. 33. —Trócar para la puncion de los quistes. —Fig. 34. Cánula del trócar. —Fig. 35. Bisturí para dilatar la abertura practicada.—Fig. 36. Trócar explorador y aspirador de Mathieu.—A. Punzon.—B. Bolsa de caoutchouc piriforme destinada á hacer la aspiracion.—C. Tubo de vidrio que reune el caoutchouc á la armadura de cobre.—D. Cánula del trócar.—E. Pequeña pieza de cobre dorada que se adapta al embudo del trócar.

ble efecto, que Mathieu ha construido bajo las indicaciones de Alfonso Rober (fig. 37), y que está destinada á obrar como bomba aspirante ó como bomba impelente. El piston y el tallo están escavados

hasta la extremidad de la canula A, que termina este último. Luego que se quiere poner en movimiento el instrumento para extraer un líquido de una cavidad, se coloca la cánula B del lado del líquido que se va á extraer, y se ajusta á la cánula A la extremidad A del tubo de caoutchouc, que está figurado al lado de la bomba: este tubo está destinado á conducir el líquido á un vaso cualquiera. Cada vez que se tira el piston hácia atrás, el líquido penetra en el cuerpo de la bomba por la cánula B, y luego que el piston es movido hácia adelante, el líquido, no pudiendo volver á pasar por la cánula B, sale por la cánula A y atraviesa el tubo de caoutchuc que le acompaña. Si por el contrario se quiere hacer una inyeccion en el quiste, no hay mas que volver el instrumento y colocar el tubo de caoutchouc en la cánula B, aspirar el líquido colocado en un vaso cualquiera y hacerle pasar á la cavidad por la cánula A. Esta jeringa permite evitar el que penetre el aire en las cavidades sobre que se opera.

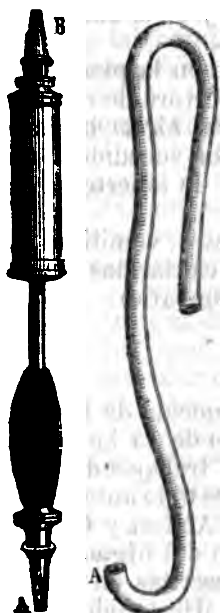


Fig. 37.—Jeringa de doble efecto: bomba aspirante é implente.—A. Cánula de la bomba impelente.—B. Cánula de la bomba aspirante.
A. tubo de caoutchouc.

Método de Jobert.—Se hace una puncion en el tumor con un trócar muy fino, es decir, cuya cánula no esceda de un milímetro (media línea) de diámetro, y por cuya puncion se evacua la mayor cantidad posible de líquido, dejando luego la cánula aplicada por espacio de veinticuatro horas. Si no se inflama el quiste y si el líquido se reproduce, se renueva la puncion al cabo de un tiempo mas ó menos largo, y así sucesivamente hasta que el desarrollo de la fiebre y el dolor local hayan anunciado que se ha obtenido el efecto que se desea. Entonces se aplica un número bastante considerable de sanguijuelas y se usan los emolientes, de modo que se logre calmar la inflamacion, y mas tarde se vuelve otra vez á emplear la puncion, si es necesario, hasta que estas diversas tentativas produzcan la retraccion del quiste, su aplastamiento y por consecuencia su cicatrizacion.

Este método, que en 1841 no tenia aun en su favor mas que un solo hecho, cuenta en la actualidad muchos que le colocan en la categoría de los mejores que se pueden emplear. Así el doctor T. Alexandre (1) recurrió á él en un enfermo que estaba á su cargo, y á pesar de que algun tiempo despues de la puncion y cuando ya habian

(1) Th. Alexandre, *London medical Gazette*, Diciembre, 1845.

salido en gran parte las hidátides contenidas en la cavidad, se escapó por la abertura una *cantidad notable de bilis*; esto no impidió que obtuviese una curacion pronta y radical. Debo citar tambien el caso no menos notable que ha referido Owen Rees (1), y en el cual la curacion fue tan pronta como sólida.

En los casos en que se ha efectuado una rotura en la pleura ó en el peritoneo, se ha practicado algunas veces la abertura de estas cavidades, y José Frank cita un hecho de *abertura del tórax* hecha en semejantes circunstancias con el mejor éxito. No ha sucedido lo mismo con la abertura en la cavidad peritoneal, pues la muerte ha sido constantemente su resultado.

Resúmen.—Desobstruentes, fundentes, purgantes, vomitivos, calomelanos, antihelmínticos, agua de mar, iodo, cantáridas, cauterios, medios quirúrgicos y método de Jobert (de Lamballe).

6.°—CÁNCER DEL HÍGADO.

Esta afeccion, dice J. Frank (2), no era desconocida de los antiguos, sino que relegaban su descripcion al tratado de la hepatitis ó de la ictericia. Debemos añadir, que antes de los trabajos de Schilling (3), de Fréd. Hoffmann (4), de Alberti, y sobre todo antes de las investigaciones mas recientes de Bayle (5), y de Andral y Cruveilhier (6), H. Lebert (7) y Frerichs (8), el carcinoma del hígado constituia una de las numerosas afecciones crónicas descritas en general bajo los nombres de *infartos*, *obstrucciones*, etc. He tenido, pues, que recurrir á los trabajos modernos, pero no me he limitado á esto y he reunido cierto número de observaciones que me parecen propias para ilustrar algunas de las cuestiones que todavía pudieran parecer dudosas á pesar de los trabajos de estos autores.

§ I.—**Definicion, sinonimia y frecuencia.**

Parece inútil definir el cáncer del hígado siendo la afeccion cancerosa el resultado de una produccion enteramente especial; pero habiendo querido algunos autores, y en particular J. Frank, que se de-

(1) Owen Reès, *Guy's hosp. Reports*, Octubre, 1848.
(2) J. Frank, *Praxeos medicæ*, pars III, vol. II, sec. II: *De morb. carcin. hepat.*, cap. VIII.
(3) Schilling, *Disert. de hepat. scirrho.*. Lipsiæ, 1610.
(4) Fréd. Hoffmann, *Dissert. de scirrho hepat.* Halæ, 1722.
(5) Bayle, *Des maladies cancéreuses.* Paris, 1834.
(6) Cruveiliher, *Anatomie pathologique du corps humain*, 16 livrais., pl. 2, in-folio, et *Traité d'anatomie pathologique générale*.
(7) H. Lebert, *Traité pratique des maladies cancéreuses*, p. 573.—*Traité d'anatomie pathologique*, t. II, p. 266.
(8) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, 2.ª édit. Paris, 1866.

signasen con el nombre de *cáncer* ó de *enfermedades carcinomatosas* las degeneraciones mas variadas, conviene decir que solo queremos comprender bajo este título las degeneraciones escirrosas y encefaloideas.

Se ha designado tambien el cáncer del hígado con los nombres de *carcinoma*, *afeccion carcinomatosa del hígado*, *escirro y fungus*.

Se ha dicho que el cáncer del hígado era la afeccion mas frecuente de este órgano, y admitiendo que la *ictericia simple* no sea una enfermedad del hígado, y separando á un lado el *estado grasiento* de este órgano que se presenta con mucha frecuencia, tal vez se podria sostener esta proposicion. Pero todavía hay que hacer una distincion importante acerca de este punto.

En efecto, ciertos autores, reconociendo que el cáncer es una enfermedad de que el hígado es atacado con bastante frecuencia, creen que lo es rara vez de una manera primitiva. Tal es la opinion formulada por Louis, que, habiendo observado 10 casos de cáncer del hígado, le ha visto siempre coexistir con una alteracion semejante y mas avanzada, asentando en algun otro órgano, principalmente en el estómago (6 veces en 10 casos). Frerichs ha procurado dilucidar esta frecuencia del cáncer hepático como lesion primitiva, ó como lesion consecutiva. Sus investigaciones versaron sobre 31 casos observados por él, y sobre 60 recogidos por diversos autores. Véanse los resultados que le ha dado su trabajo de estadística y que nosotros tomamos de él. En 31 casos, el cáncer estaba limitado al hígado y ganglios linfáticos vecinos 5 veces; dos veces habia al mismo tiempo cáncer de los pulmones; 2 veces cáncer del pequeño epiplon, de los ganglios celiacos y cervicales; 1 vez del pericardio y de la pleura. En todos estos casos, el grado poco avanzado de la degeneracion de estos órganos podia hacerla considerar como una consecuencia de la enfermedad del hígado.

Al lado de estos 10 casos de cáncer primitivo se hallan 21 de cáncer secundario; 10 veces el punto de partida era un cáncer del estómago, 1 del páncreas, 1 del recto, 2 de las mamas, 2 del ovario, 1 de la retina, 1 del cuello, 1 de las ganglios retroperitoneales, 1 del mediastino, 1 de la piel del talon.

De los 60 casos de cánceres observados por otros autores, solamente habia 12 que se podian considerar como desarrollados primitivamente en el hígado; todos los otros eran consecutivos á la degeneracion de otros órganos, entre los cuales el estómago era el mas frecuentemente atacado, 24 veces en 60 casos.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes*.—Segun una estadística que ha formado Heyfelder (1), esta enfermedad sería mas frecuente desde los *cua-*

(1) Heyfelder, *Studien im Geb. der Heilwissenschaft*. Stuttgard, 1838, t. I.

renta á los setenta años. Véanse las cifras mas precisas que ha dado Frerichs. De 83 sugetos atacados de cáncer del hígado, habia 7 de 20 á 30 años, 14 de 30 á 40, 41 de 40 á 60, y 2 que habian pasado de 70 años.

Un poco mas seguros estamos acerca de la influencia del *sexo*. En 81 indivíduos atacados de cáncer, Frerichs ha contado 45 hombres y 36 mujeres. En *treinta y siete casos* ha hallado Heyfelder 24 hombres y 13 mujeres, y se admira de este resultado, porque dice que el cáncer ataca con mas frecuencia á las mujeres que á los hombres. Pero en realidad no hay motivo para que le sorprenda este resultado que, al contrario, confirma hechos bien conocidos y entra en la regla general. Si el cáncer es mas frecuente en la mujer, consiste en que esta enfermedad se desarrolla en el útero, en una proporcion inmensa de casos; pero de esto no se puede deducir ninguna consecuencia relativamente á los demás cánceres. Así, pues, si recordamos lo que hemos dicho acerca de esto al tratar del cáncer del estómago (1), veremos que los hombres están notablemente mas predispuestos á padecerle que las mujeres, y ya esto nos explica la mayor frecuencia en aquellos del cáncer del hígado, puesto que, como ya queda manifestado, la afeccion cancerosa de este último órgano es en el mayor número de casos una consecuencia del desarrollo de la misma enfermedad en el primero.

Relativamente á las *condiciones higiénicas*, á la *constitucion y demás circunstancias* que se consideran como predisponentes, tales como los *pesares continuados*, etc., me limito á remitir al lector á lo que he dicho al tratar del cáncer del estómago.

2.° *Causas ocasionales*.—Se han citado como capaces de producir el cáncer las *violencias esteriores* sobre el hipocondrio derecho, las *fiebres intermitentes* (2), las *hemorragias* muy abundantes (3), la *supresion de los diversos exutorios*, etc., sin que ninguna de estas aserciones esté fundada en observaciones concluyentes. Tambien han ocupado un lugar en esta etiología los *escesos de régimen*, y en particular el *abuso de las bebidas alcohólicas*, y los ingleses, segun dice J. Frank (4), llaman *wiskey liver* al escirro del hígado; pero todas estas aserciones carecen de importancia. Lo mismo digo de la opinion que considera como posible la degeneracion en cáncer de una *simple inflamacion*.

§ III.—Síntomas.

De que el cáncer del hígado sea muy rara vez primitivo y que haya casi siempre una afeccion en el estómago de la misma naturaleza,

(1) Véase tomo III art. CANCER DEL ESTÓMAGO.
(2) Van Swieten.
(3) Haller, *Primæ lineæ: physiol.*
(4) Frank, *Praxeos medicæ; De morb. carcin. hepat.* Lispsiæ, 1843.

resulta que son muy difíciles de entresacar los síntomas que le son propios.

Invasion.—Se ha dicho que el cáncer del hígado empezaba comunmente por trastornos manifiestos del conducto digestivo, tales como pérdidas del apetito ó deséo de alimentos estraños, eructos gaseosos, digestiones penosas, etc.; pero es indudable que estos síntomas pertenecen, no á la afeccion del hígado, sino á la enfermedad concomitante del estómago, y la prueba es que cuando el conducto digestivo está sano, de lo que tenemos un ejemplo en el primer caso que cita Andral (1), pueden permanecer intactas las funciones del estómago hasta una época muy avanzada de la enfermedad. Viene tambien en apoyo de esta proposicion un hecho cuyos pormenores he oido leer hace muy poco en la *Sociedad de observacion*, hecho cuya veracidad no ha llamado la atencion de los autores. En un sugeto que ha presentado despues de su muerte un número considerable de masas cancerosas en el hígado, no se encontró nada parecido en el conducto intestinal, y las funciones digestivas han permanecido intactas hasta muy poco antes de ocurrir la muerte.

Resulta del exámen de los hechos que he reunido, que el cáncer del hígado en los casos raros en que es simple y primitivo, empieza de un modo lento y puede haber hecho grandes progresos antes de que se haya revelado su existencia por ningun signo, si se esceptúa á veces una incomodidad mas ó menos manifiesta en el hipocondrio derecho. Y hasta puede suceder que se verifique esta *invasion latente* en casos en que se hallen reunidos el cáncer del hígado y el del estómago, de lo cual tengo á la vista un ejemplo que ha recogido Cossy en el hospital Beaujon, en la clínica de Louis.

En un cierto número de casos, pero no en todos, aparece en una época muy variable de la enfermedad el *dolor* en el hipocondrio derecho, dolor que difiere mucho en cuanto á su forma, pues unas veces es contusivo y otras, y son las mas, es lancinante, que partiendo del hipocondrio derecho se irradia en diversos sentidos; finalmente, en otros casos son punzadas violentas, etc. Los movimientos aumentan á veces este dolor de un modo muy notable y la *presion* le exaspera constantemente. Por el contrario, en algunos sugetos no hay ninguna especie de dolor, ni espontáneo, ni á la presion, en ninguna época de la enfermedad; sin embargo, es preciso decir que son raros los casos de este género, aunque sea imposible precisar la proporcion de casos en que la afeccion es así indolente. Es muy difícil asegurar si el dolor depende del desarrollo del mismo cáncer ó del de la *peritonitis parcial* que se forma con frecuencia al nivel de los tumores cancerosos; en efecto, los observadores no han fijado la atencion sobre este punto, y las complicaciones de que hemos hablado anteriormente hacen difíciles estas investigaciones. Es probable que estas dos es-

(1) Andral, *Clinique médicale*, t. II, obs. XXXII.

pecies de lesiones contribuyan cada una por su parte á producir el dolor.

Los signos mas importantes son indudablemente los que resultan del *aumento de volúmen del órgano*. En efecto, es muy raro, aun cuando Andral y Cruveilhier hayan referido ejemplos de ello, que el hígado no haya adquirido dimensiones considerables. Por medio de la *palpacion* casi siempre se toca el borde inferior del hígado que sobresale de las costillas falsas en toda su estension ó en algunos puntos y que ofrece á la percusion una *resistencia* manifiesta. No es raro observar que el órgano desciende mas abajo del ombligo y aun puede llegar hasta cerca de los huesos íleos.

Hallándose las masas cancerosas diseminadas en casi todos los casos, como veremos mas adelante, en la superficie del hígado, se perciben *tumores* mas ó menos duros, resistentes, á veces dolorosos, y en ciertos casos abollados. En algunos indivíduos solo existe un solo tumor, y en un caso cuya observacion tengo á la vista, este tumor ocupaba el epigastrio, y como habia al mismo tiempo un cáncer del estómago, se habia atribuido su existencia á esta última enfermedad. Hay ocasiones en que bien sea porque los tumores no son superficiales ó bien porque el cáncer haya invadido toda la sustancia del hígado, como lo ha observado Heyfelder, este órgano *conserva su figura*, y su borde inferior que sobresale de las costillas no ofrece mas particularidad que una dureza que tampoco es constante.

Al mismo tiempo podemos asegurarnos bien por medio de la *percusion*, no tan solo de que el hígado es el que forma el tumor abdominal, sino tambien reconocer su desarrollo por el lado del pecho, porque á veces se ha visto que este órgano sube hasta la tetilla y aun pasa de este punto.

La *ictericia* dista mucho de ser un síntoma constante del cáncer del hígado, y de 25 casos que he reunido solo se ha presentado en 6. La ictericia, bajo el punto de vista del diagnóstico, tiene poco valor; en efecto, Frerichs ha hecho la observacion de que en 91 casos de cáncer, ha faltado 52 veces. ¿Deberemos admitir con Heyfelder y Cruveilhier, que este síntoma se presenta siempre que hay compresion de los conductos biliares y solo en esta circunstancia? Las observaciones XXXV, XXXVII y XXXVIII de Andral demuestran que no es necesario que exista esta obliteracion para que se produzca la ictericia; pero no he encontrado ningun ejemplo que pruebe que puede faltar la ictericia cuando existe la compresion, como lo dicen los autores del *Compendio* (1). Son, pues, indispensables aun nuevas investigaciones acerca de este punto. Este síntoma se presenta en una época muy variable de la enfermedad.

Tampoco se ha fijado completamente la frecuencia de la *ascitis* en el cáncer del hígado. Segun la mayor parte de los autores, es bas-

(1) Article MALADIES DU FOIE, t. IV, p. 89.

tante frecuente la hidropesía del peritoneo, y en 15 observaciones que he reunido hallo que solo 5 veces se ha presentado la ascitis. En 31 casos observados personalmente por Frerichs, solo habia 18 en que la cavidad peritoneal contenia una gran cantidad de líquido, que en dos casos era sanguinolenta, y una vez era sangre pura. En 60 observaciones de cáncer analizadas por el mismo autor, la ascitis faltó en 19, y en 11 no se hace mencion de ella. En cuanto á las condiciones que preceden á la produccion de la ascitis, vemos que la hidropesía del peritoneo ha coincidido unas veces con la presencia de tumores voluminosos alrededor de los gruesos vasos abdominales, que estaban comprimidos, otras veces con una degeneracion de la casi totalidad del órgano. Frerichs considera como la causa mas ordinaria de estos derrames la peritonitis crónica, que se extiende del hígado al peritoneo; viene de allí la obliteracion del tronco ó de las ramas gruesas de la vena porta, y la hidroemia general, que ejercerá, segun el mismo autor, una influencia tal vez menos pronunciada, pero mas segura y real. La ascitis no presenta nada de notable á no ser su permanencia una vez ya producida; sin embargo, esta no es una regla sin escepcion, porque Monneret y Fleury (1) han citado un caso de derrame de serosidad en el peritoneo, dependiente de un cáncer que se disipó completamente para reproducirse quince meses despues.

Los síntomas que vamos á enumerar ahora son mas generales y menos significativos.

Hallamos por de pronto los *trastornos de las funciones digestivas*: las digestiones son penosas, largas y difíciles; á una época mas ó menos adelantada, el apetito se hace caprichoso; la *sed* no está por lo general aumentada, á no ser en los últimos tiempos cuando la muerte está próxima, ó cuando han venido nuevas lesiones á agregarse á la afeccion principal. En el vientre se observan síntomas de *enteralgia*; el *estreñimiento* es el síntoma mas frecuente en la mayor parte del curso de la enfermedad, y si hay ictericia, las deposiciones son mas ó menos descoloridas. En una época mas adelantada se observan á veces, pero no siempre, *alternativas de diarrea* y de *estreñimiento*, y en los últimos tiempos una *diarrea continua* con evacuaciones alvinas involuntarias. Debo añadir en general relativamente á estos síntomas que la frecuencia del cáncer del estómago en los casos observados disminuye su valor, y que se debe admitir que las mas veces están bajo la influencia de la afeccion gástrica. En un caso de que acabo de tener noticia, ha habido al fin de la enfermedad una *hematemesis* abundante que se produjo por simple exhalacion y que dependia sin duda de una alteracion de la sangre.

En los casos en que hay ictericia, la *orina* presenta los caracté-

(1) *Compendium*, lug. cit.

res propios de este estado, y si no existe este síntoma no ofrece nada de particular.

Observando la *respiracion*, solo á una época bastante avanzada de la enfermedad se nota una dificultad mayor ó menor de esta funcion, *sufocacion*, cuando los enfermos suben una escalera, y *opresion*, cuyos fenómenos están principalmente en relacion con el aumento mas ó menos considerable del volúmen del hígado, y tambien con la intensidad del dolor y la abundancia del derrame en el peritoneo.

El *pulso* permanece natural, como en todas las enfermedades cancerosas, ó bien se presenta lento durante la mayor parte del curso de la enfermedad. Si se le encuentra acelerado, estrecho y débil, es un signo de que la enfermedad toca á su fin ó de que sobreviene una complicacion. El *calor* está ordinariamente disminuido; pero la existencia de una complicacion puede hacer que se presente mayor que en el estado normal.

En los casos en que no hay ictericia, la *cara* está generalmente pálida ó bien presenta el color ligeramente amarillento que se observa en las diversas afecciones cancerosas. Se ha indicado en cierto número de casos la existencia de manchas rojizas, parduscas ó de color leonado, á las que se ha dado el nombre de *manchas hepáticas*; pero no estamos bastante seguros acerca del valor de este síntoma. En los casos que acabo de citar, aparecieron en las diversas partes del cuerpo, en una época avanzada de la enfermedad, *equímosis* anchas que probaban tambien que habia una alteracion de la sangre.

El *enflaquecimiento*, que es poco sensible en los primeros tiempos de la enfermedad, hace en seguida progresos mas ó menos prontos segun que la afeccion camina con mas ó menos rapidez, y los enfermos terminan en el *marasmo*, á no ser que venga una complicacion á acelerar el éxito funesto.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El cáncer del hígado puede presentar, lo mismo que todas las afecciones crónicas, mejorías que duren mas ó menos tiempo; pero al cabo se observa siempre que la enfermedad no cesa de hacer progresos, y al cabo de un tiempo muy variable llega un momento en que estos progresos, que al principio eran muy lentos, se hacen muy rápidos: á este último se le ha llamado *período de reblandecimiento* en contraposicion al primero que se le ha designado con el nombre de *período de crudeza*.

La *duracion* es generalmente larga, y segun los autores del *Compendio* que se han fundado en los hechos que cita el profesor Andral vendria á estar entre diez y seis meses y quince dias. Se puede admitir el primer límite como probable, aun cuando los hechos sean poco numerosos; pero respecto al segundo, es difícil considerarle ni aun como probable. En efecto, solo he hallado una observacion de

Andral en que ha ocurrido la muerte muy pronto, que es la XXXIII del tomo II; pero como dice muy bien este mismo autor, «es posible que llevasen ya muchos años de existencia en este sugeto los tumores del hígado y del epiplon gastrohepático.» Este hecho prueba tan solo que un cáncer del hígado, latente por mucho tiempo, pudo marchar en seguida con suma rapidez, que es, como ya sabemos, lo que á veces se observa en las afecciones cancerosas de otros órganos.

La *terminacion* es constantemente mortal; pero rara vez la muerte es el resultado de los solos progresos del cáncer del hígado. En efecto, por una parte hemos visto que hay con mucha frecuencia otras afecciones cancerosas primitivas que son las principales causas de la muerte, y por otra hallamos en un gran número de observaciones que la inflamacion del peritoneo, de los pulmones, de la pleura ó de los intestinos, es una causa frecuente de la terminacion fatal.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Se halla un aumento de volúmen por lo comun muy considerable puesto que ha habido hígado que ha pesado 10 kilógramos (20 libras); sin embargo, se ha notado á veces que conservaba su volúmen normal, y aun se observó en otros casos una disminucion notable, lo cual es mucho mas raro. ¡Lo mas comun es hallar masas ordinariamente blanquecinas, que presentan en algunos casos matices que varian entre el amarillo rojizo y el pardo, redondeadas, duras, que ocupan diversos puntos del órgano, pero principalmente la superficie, y en particular la cara convexa, y de muy distinto grosor, puesto que pueden ser menores que una avellana ó igualar el volúmen de la cabeza de un niño. Es muy raro que solo se encuentre una de estas masas. Las que ocupan la superficie y forman prominencia por debajo del peritoneo presentan por lo comun una depresion central con arrugas convergentes.

La consistencia de estas masas cancerosas es muy variable; unas veces duras, resistiendo al corte y crujiendo al cortarlas con el escalpelo, y otras, por el contrario, blandas, difluentes ó presentando solo la consistencia del cerebro de un recien nacido, han sido designadas en estos diversos estados con los nombres de *escirro* ó *encefaloides*. Este último tiene además como carácter el presentar cierto número de ramificaciones vasculares, mayor ó menor, segun el punto donde se las examina, lo cual hace que forme la masa cancerosa unos jaspeados rubicundos. Algunos autores han dicho tambien que podian hallarse vasos en el tejido que se designa con el nombre de *escirroso*, pero siempre hallaremos que la vascularizacion de este tejido es muy poco manifiesta. Otro carácter del escirro es el dejar rezumar por la presion un líquido lechoso, al que se ha dado el nombre de líquido canceroso. Pero no debemos detenernos demasiado en estos por-

menores que corresponden á la anatomía patológica del cáncer en general.

De la presencia de estas masas cancerosas resulta una deformidad mas ó menos considerable del hígado, que por lo comun está abollado exteriormente (fig. 38), y presenta en el interior grandes manchas blancas agrisadas y rojizas, que cortan en distintas direcciones el fondo amarillo verdoso del órgano, de modo que le hacen parecerse á ciertos mármoles. Segun la mayor parte de los autores, el tejido del hígado adquiere repentinamente el aspecto canceroso; sin embargo, no es raro hallar las partes inmediatas congestionadas y menos consistentes que en el estado normal.



Fig. 38.—Fungus medular del hígado.—*a*. Cuarta costilla.—*b*. Tumor fluctuante.—*c*. Intestinos. —*d*. Tumores abiertos en el peritoneo. (Frerichs, fig. 126.)

La figura 38, puesta aquí (dibujada), copiada de un individuo que es el objeto de la observacion noventa y siete de Frerichs, dará una idea exacta del aspecto exterior del cáncer del hígado y de los desórdenes que lleva consigo.

Por último, se puede observar una degeneracion total del hígado como la ha comprobado Heyfelder en un caso: entonces no se hallan abolladuras, manchas, ni nada de lo que constituye el cáncer por masas diseminadas, sino que este órgano está aumentado de volúmen, es mas duro y conserva su figura, á no ser que desaparezcan sus depresiones y surcos naturales. Los casos de este género son sumamente raros.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Si se presenta en el hipocondrio derecho una incomodidad ó un dolor mas ó menos vivo y que lleva ya mucho tiempo de duracion; si el hígado está desarrollado; si se tocan en su superficie tumores

diseminados, resistentes y de una dureza mas ó menos grande, y si al mismo tiempo hay un enflaquecimiento manifiesto acompañado de ese color amarillo de paja que se observa en las enfermedades cancerosas, se debe tener como muy probable la existencia del cáncer del hígado; y si se puede asegurar que hay una afeccion cancerosa del estómago, ya no debe quedar ninguna duda. Pero los caractéres que acabamos de indicar no existen siempre así reunidos, y además hay ciertas afecciones que presentan algunos del todo semejantes, y que no pueden distinguirse del cáncer sino por medio de un exámen muy atento. Entre estas enfermedades que pueden confundirse con el cáncer del hígado, citaremos desde luego los equinococos, pero estos ejercen sobre la constitucion una influencia mucho menos perniciosa que el cáncer; forman tumores globulosos cuya sensibilidad es nula ó solamente pasajera, su marcha es mas lenta, y en fin, como lo indica Trousseau (1), el tumor, que forman, es el sitio de una fluctuacion muy diferente de la falsa fluctuacion que que se encuentra alguna vez en el cáncer. En cuanto á los abscesos del hígado, solo los cánceres blandos, de rápidos progresos, y cuya existencia es muy rara, son los que tienen alguna semejanza con la hepatitis supurada; pero las causas y la marcha de estas dos afecciones presentan diferencias esenciales. Además la formacion del pus se manifiesta, desde el principio, por la fiebre supurativa, y mas tarde por una supuracion evidente. Un cáncer del epiplon puede igualmente, en algunos casos, simular un cáncer del hígado. De ordinario el diagnóstico es fácil, teniendo en cuenta la forma y los límites del tumor, que difieren mucho de los contornos del hígado. Sin embargo, ciertos cánceres del pequeño epiplon, como el de que Frerichs da la figura que reproducimos aquí (fig. 39), representan tan exactamente la forma del hígado, que el diagnóstico se hace casi imposible. A veces será asímismo muy difícil de decidir si es el estómago ó el hígado el que está atacado de degeneracion, sobre todo cuando es el lóbulo izquierdo donde asienta el tumor. La percusion, que da un sonido oscuro ó timpánico, segun que se trate del hígado ó del estómago, dará aquí útiles indicios. Se tendrá en cuenta tambien la intensidad de los desórdenes digestivos: en el cáncer del estómago el vómito es mucho mas persistente, las materias vomitadas están mezcladas con sangre, y el malestar aumenta despues de cada comida. En fin, hay una última afeccion del hígado que ha sido tenida por un cáncer, y que aun hizo creer á ciertos médicos en la posibilidad de la curacion, esta es la hepatitis sifilítica. Aquí la diferencia esencial está basada en la consistencia, que está siempre modificada en el cáncer, mientras las protuberancias del hígado sifilítico conservan los caractéres del tejido hepático normal; en la conservacion del volúmen del bazo, que no está modificado con el cáncer; en el grado de impor-

(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. III.

tancia de los trastornos generales, la disminucion de fuerzas, los desórdenes gástricos, mucho menores con la hepatitis sifilítica, en fin,

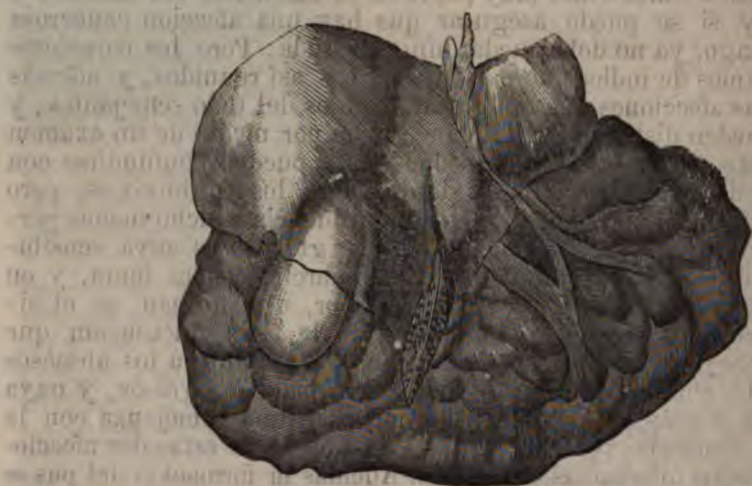


Fig. 39.—Cáncer del pequeño epiplon, que imita la forma del hígado. (Frerichs, fig. 122.)

en la existencia anterior, ó la presencia actual de los accidentes de la sífilis.

Diagnóstico del cáncer del hígado y de la cirrosis.—Es un diagnóstico poco cierto porque los síntomas de estas dos afecciones tienen muchos puntos de contacto. El *aumento* de volúmen del órgano es mas *sensible*, y sobre todo mas *persistente* en el cáncer: en este último aparece casi siempre la superficie *desigual*, *dura*, *abollada*, reconocida por la palpacion. La *ascitis*, *menos pronta* en aparecer en el cáncer, no alcanza proporciones *tan considerables* como en la cirrosis. La *ictericia* es *mas rara* en esta, y toma en el cáncer un matiz particular que se convierte en un *tinte especial* de la caquexia cancerosa, la cual será un signo, si los otros faltan. En fin, el conocimiento de los *antecedentes* del enfermo, de sus circunstancias de *herencia*, *hábitos* y *régimen*, los *desórdenes gástricos* y en particular la naturaleza de los *vómitos*, cuando el cáncer del estómago está unido al del hígado, son medios de que se deberá echar mano para llegar á un grado satisfactorio de certeza.

El *pronóstico* es, como ya hemos dicho antes de ahora, sumamente grave, y lo único que interesa consignar aquí está reducido á que cuando se alteran las digestiones, se declara la ascitis y sobreviene como complicacion una afeccion de los pulmones ó de la pleura, el

curso de la enfermedad es ordinariamente muy acelerado, y el pronóstico se hace por consiguiente mucho mas funesto.

§ VII.—Tratamiento.

Claro está que en el estado actual de la ciencia el tratamiento no puede ser mas que *paliativo*, y no porque no haya habido algunos médicos que han supuesto que se podia curar el cáncer del hígado lo mismo que los demás cánceres, sino porque los hechos han venido siempre á desmentir formalmente estas aserciones.

El tratamiento del cáncer del hígado consiste principalmente en el uso de los *fundentes* y *desobstruentes*, que ya hemos indicado al tratar de la hepatitis crónica, y de los cuales sería supérfluo volvernos á ocupar aquí.

Algunos prácticos han recomendado las *aplicaciones frecuentes de sanguijuelas*, las cuales no carecen de utilidad, pero es cuando se han desarrollado peritonitis parciales y producen vivos dolores. Pueden combatirse igualmente los dolores lancinantes por la aplicacion de *vejigatorios ambulantes*, único objeto por el cual conviene recurrir á este medio, así como á los *narcóticos* en cataplasmas, fomentos, fricciones, etc.

Generalmente se prescriben las *aguas minerales*, tales como las de *Vichy*, *Neris*, *Bussang*, *Ems*, *Carlsbad*, etc.; pero ya hemos dicho repetidas veces que se habian propinado estas aguas minerales en todos los casos que se designaban con el nombre de *obstrucciones del hígado*, en cuyo número entraba el cáncer. Ahora bien: ¿cuál es el grado de influencia que tienen en esta afeccion en particular? Lo ignoramos completamente.

Los síntomas digestivos deben combatirse con actividad desde el momento en que se presenten. Si hay *estreñimiento* se deben prescribir *purgantes* ligeros como el *maná*, el *aceite de ricino* y las *sales neutras*, y si, por el contrario, se presenta *diarrea* es preciso tratar de moderarla ó contenerla á beneficio de las *lavativas laudanizadas*, de los *fomentos narcóticos* y de la ingestion de una corta cantidad de *opio* en el estómago, etc. En cuanto á los síntomas dependientes del *cáncer gástrico*, ya he indicado en su artículo correspondiente (1) los medios con que se los debe combatir.

Por último queda á disposicion del médico el *tratamiento* de las diversas *complicaciones* que dejamos indicadas.

El *régimen* debe ser suave, ligero y semejante al que hemos propuesto al tratar del cáncer del estómago, y conviene además mantener al enfermo en una gran *tranquilidad física y moral*, y segun Heyfelder, aconsejarle que evite los *ejercicios molestos* y que no emplee *remedios enérgicos*.

(1) Véase art. CÁNCER DEL ESTÓMAGO, T. III.

ARTÍCULO VIII.

ENFERMEDADES DE LOS VASOS DEL HÍGADO.

Uno de los primeros que llama la atencion sobre las enfermedades de los vasos del hígado, es Jorge Ernesto Stahl (1), y gracias á su doctrina sobre las afecciones de la vena porta, estas han adquirido en la patologia un lugar importante. La ciencia contemporánea no ha ratificado la mayor parte de las concepciones de Stahl en lo que tienen de exagerado; pero en medio de esto ha reconocido que los vasos del hígado pueden ser atacados de alteraciones diversas, y el estudio de estas alteraciones, como el de los fenómenos morbosos que las acompañan, ha llegado á ser en estos últimos tiempos el objeto de numerosos é importantes trabajos. Entre estos citarémos los de Bouilland (2), Honoré (3), Reynaud (4), Barth (5), Gintranc (6), Virchow (7), y de Frerichs sobre la obliteracion de la vena porta, los de J. Cruveilhier (8), Lambron (9), Leudet (10) y de Lebert (11) sobre la pileflebitis supurativa.

Aunque la arteria y las venas hepáticas pueden llegar á ser el asiento de diversas lesiones, no nos ocuparemos de ellas á causa de su carácter, por decirlo así, excepcional y poco práctico; solamente la vena porta y sus enfermedades principales nos parecen merecer una descripcion sucinta.

1.°—OBTURACION DE LA VENA PORTA, PILEFLEBITIS ADHESIVA.

§ I.—Causas.

La experiencia de estos últimos tiempos ha probado que la mayoría de las concreciones sanguíneas en la vena porta se producian in-

(1) Georges-Ernest Stahl. *De vena porta malorun, etc.* Halæ, 1698. La traduction française de ce traité a été publiée par M. Jules Brongniart à la suité de: *Considérations sur la dyscrasie veineuse*, thése pour le doctorat. Paris 1860.

(2) Boillaud, *Archives générales de médecine*, 1er série, 1823, t. II, p. 198 et 199.

(3) Honoré, *Archives de médecine*, 1er série, 1823, t. III, p. 153.

(4) Reynaud, *Journal hebdomadaire*, 1829, p. 170.

(5) Barth, *Bulletins de la Société anatomique*, 1851, p. 354.

(6) E. Gintrac, *Observations et recherches sur l'oblitération de la veine porte.* Bordeaux, 1856.

(7) Virchow, *Verhandlungen der physic. medic. Gesellsch.* Würzburg, VII, p. 21.

(8) Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, 16. livraison, pl. 3, in-folio, et *Traité d'anatomie pathologique générale.*

(9) Ernest Lambron, *Archives de médecine*, 1842, t. III, 14 série, p. 131.

(10) Leudet, *Archives de médecine* 5.ª série, t. 1.er, Febrero 1853.

(11) Lebert, *Anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1861, t. II, in-fol. avec planches.

dependientemente de la inflamacion de las paredes vasculares, y que cuando la inflamacion tenia lugar, la mayor parte del tiempo era secundaria. Las causas que con mas frecuencia producen la oclusion de la vena porta, son: 1.° Todo aquello que tiene por efecto una debilidad de la circulacion, una disminucion de la energía del corazon, como por ejemplo, el marasmo. 2.° Las afecciones del hígado, tales como la induracion simple ó granulosa, la cirrosis, la atrofia crónica que por sus progresos producen la destruccion de los capilares, ó un encogimiento de los ramos de la vena porta. El encogimiento de ciertos ramos aislados entraña la atrofia de las partes correspondientes del parénquima hepático. Sucede á veces que se hallan en la glándula partes deprimidas, que están formadas por un tejido fibroso condensado, y cuyo número es á veces bastante considerable para dar al órgano el aspecto lobulado que representa la figura 40. 3.° La compresion de este vaso debajo del hígado, por tejido contráctil y tumores de diversas especies. 4.° En fin, se han citado casos en que la oclusion parecia haber tenido por causa la inmigracion de un coágulo sanguíneo, que proviene del bazo, ó de uno de los órganos de donde nace la vena porta.


Fig. 40.—Retracciones cicatriciales á consecuencia de una pileflebitis adhesiva.
(Frerichs, fig 127).

§ II.—Síntomas.

El trabajo de obstruccion ordinariamente no se anuncia por ningun síntoma local, y el dolor que proviene del exceso de inflamacion es excepcional. De ordinario mientras el curso de una de las enfermedades del hígado, que la pileflebitis complica de preferencia, se ven aparecer desde luego los síntomas de un éxtasis considerable de las partes de que proceden las raices de la vena porta. Se desarrolla una ascitis, las venas subcutáneas abdominales se dilatan, se exagera el volúmen del bazo. Al mismo tiempo se produce una diarrea compuesta de materias mucosas, con frecuencia sanguinolentas, que se acompañan de vómitos. La orina se vuelve rara, densa, los enfermos se abaten rápidamente y acaban por caer en el marasmo.

§ III.—Diagnóstico.

No puede establecerse con certeza el diagnóstico sino cuando existe el conjunto de síntomas de la estagnacion sanguínea. Debe fundarse sobre todo sobre la brusca aparicion de estos síntomas, sobreviniendo durante el curso de una afeccion que la pileflebitis complica habitualmente, y sobre la reproduccion extraordinariamente rápida de la ascitis despues de la puncion; en ninguna otra afeccion es tan marcado este fenómeno.

§ IV.—Tratamiento.

El tratamiento tiene por objeto oponerse, en cuanto sea posible, á la oclusion de un vaso importante. Se procurará moderar la diarrea, así como las hemorragias gástricas é intestinales con la ayuda de la ratania y otros astringentes; se sostendrán, cuanto se pueda, las fuerzas por medio de alimentos ligeros, fáciles de digerir y nutritivos. Contra la ascitis serán impotentes los diuréticos y los drásticos, á veces aun serán nocivos. El solo recurso es la puncion que se diferirá el mas largo tiempo posible y que no se repetirá sino cuando la disnea amenace la vida.

2.°—INFLAMACION PURULENTA DE LA VENA PORTA, PILEFLEBITIS SUPURATIVA.

§ I.—Causas.

La inflamacion purulenta de la vena porta es ordinariamente consecutiva, y debida á la propagacion del trabajo de supuracion asentando en un órgano inmediato. Sin embargo, puede ser primitiva como la que tuvo lugar en un caso referido por el doctor Lambron (1) en el cual era de orígen traumático. La mayor parte de las veces su causa primera es una ulceracion del canal intestinal, ó del estómago; en 25 casos analizados por Frerichs (2), 9 tenian este orígen. La supuracion del bazo, la del mesenterio y sus gánglios, los abscesos del hígado y ciertas afecciones de las vias biliares, tales como los cálculos que ulceran é inflaman estos conductos, en fin, la inflamacion de la cápsula de Glisson, pueden llegar á ser el punto de partida de la pileflebitis supurativa.

(1) Lambron, *Observation d'inflammation des veines du foie (Archives générales de médecine*, 1842, t. III).
(2) Frerichs, *Traité pratiques des maladies du foie et des voies biliaires*, traduit de l'allemand par Louis Duménil et Jules Pellagot, 2.ª édition. Paris, 1866, p. 703.

§ II.—Anatomía patológica.

La vena está dilatada, queda abierta despues de una incision, sus paredes están engrosadas é impregnadas de una exudacion. En la cubierta del vaso se descubre una coloracion roja, ó una infiltracion serosa, fibrinosa ó purulenta. La túnica media de la vena ha sufrido modificaciones semejantes; la túnica interna está arrugada, con bastante frecuencia rota y cubierta de placas de fibrina ó de pus líquido. El coágulo contenido en la vena no tarda en descomponerse, se reblandece por el centro y se trasforma en una pulpa de un rojo gris sucio, despues termina por resolverse mas ó menos completamente en un líquido purulento. No es raro hallar al mismo tiempo algunos abscesos metastáticos mas ó menos avanzados, mas en general, esta metastasis no pasa del hígado.

§ III.—Síntomas.

Es bastante raro que los síntomas propios de la pileflebitis se presenten de corrida; la mayor parte de las veces vienen precedidos, durante un tiempo mas ó menos largo, por los que caracterizan los estados morbosos que la inflamacion de la vena porta viene á complicar.

La invasion de la enfermedad está señalada por dolores que, de ordinario, tienen su asiento en el epigastrio ó en el hipocondrio derecho. El vientre está un poco tumefacto y sensible á la presion. Bien pronto sobrevienen escalofrios, seguidos de calor y sudores abundantes, sin tipo determinado, que se reproducen con una frecuencia variable. El bazo aumenta de volúmen, y á veces esta tumefaccion, sobreviniendo con rapidez, va acompañada de dolores en el costado izquierdo. En mas de la mitad de los casos, se observa una ictericia de intensidad variable y simultáneamente las orinas están cargadas de materia colorante de la bílis. Las funciones del estómago y del intestino están siempre gravemente trastornadas; á veces hay vómitos, y con mucha frecuencia diarrea que puede llegar hasta la disentería. Los enfermos enflaquecen y pierden sus fuerzas, la fiebre de supuracion toma los caractéres de la fiebre héctica, despues sobreviene el delirio, y en fin, el coma precursor de la muerte.

La enfermedad puede recorrer todas sus fases en una ó dos semanas; con mucha frecuencia dura hasta un mes, y puede escepcionalmente, es verdad, prolongarse aun mas tiempo. En estos casos se observan frecuentemente remisiones que hacen concebir esperanzas, desgraciadamente siempre engañosas.

§ IV.—Diagnóstico.

La pileflebitis supurativa difiere de la inflamacion adhesiva en que esta última no se acompaña ni de fiebre, ni de peritonitis, sino de una ascitis de curso rápido, como ya lo hemos visto. Además el hígado, en la primera, aumenta de volúmen, y frecuentemente hay ictericia; accidentes excepcionales en la segunda de estas enfermedades. En fin, la dilatacion de las venas abdominales es la regla en la oclusion de la vena porta, y casi constantemente falta en la pileflebitis supurativa. En cuanto á los abscesos del hígado, provienen de una causa diferente; el dolor que excitan está limitado al hígado, y no se observa al mismo tiempo que los signos que indican una interrupcion en el círculo de la vena porta. No se confundirá nunca con la pileflebitis supurativa, ni la obliteracion de las vias biliares por los cálculos, ni la fiebre intermitente, porque en el primer caso no habrá ni la diarrea disentérica, ni el infarto del bazo, ni los síntomas de la obstruccion de la vena porta; y en cuanto á la fiebre intermitente, la existencia de la ictericia, la tumefaccion dolorosa del hígado, los síntomas de estagnacion sanguínea, la pérdida rápida de las fuerzas, y, en fin, la ineficacia de la quinina, mostrarán claramente que no se trata de ella.

§ V.—Pronóstico y tratamiento.

El pronóstico es desfavorable, habiendo sido siempre la muerte la consecuencia de esta enfermedad. Esta triste certeza reduce naturalmente mucho el papel de la terapéutica; sin embargo, aunque en rigor se podrá esperar la marcha fatal de la enfermedad, si esta se limita á algunas ramas secundarias de la vena porta, se ensayará el moderar la inflamacion por medio de sangrías generales ó locales; se procurará, por lo demás, no insistir en este medio, que tendrá por efecto cierto debilitar el enfermo y acelerar su término. Lo mejor será combatir los síntomas predominantes, oponiendo la quinina á los escalofrios, y los opiados al dolor y á la diarrea. Se sostendrán cuanto sea posible las fuerzas del enfermo con una alimentacion nutritiva, pero de fácil digestion.

CAPÍTULO II.

AFECCIONES DE LAS VIAS BILIARES.

Aunque observadas con bastante rareza, las afecciones de las vias biliares han sido el objeto de cierto número de trabajos impor-

tantes, de los cuales procuraremos en este capítulo dar á conocer los puntos mejor establecidos. El interés que los autores han tomado por este estudio está suficientemente legitimado por la gravedad de los estados morbosos, que las afecciones de los conductos de la bilis han producido varias veces. Estudiaremos aquí sucesivamente la *inflamacion* de las vias biliares aguda y crónica, los cálculo-biliares y el *cólico hepático*, la *retencion de la bilis*, la *hidropesía de la vejiga de la hiel*, el *cáncer* y los *entozoarios* de las vias biliares. Haremos despues de estos artículos consideraciones sobre la *hepatalgia* y la ictericia.

ARTÍCULO I.

INFLAMACION AGUDA DE LAS VIAS BILIARES.

En la misma vejiga es en donde se desarrolla con mas frecuencia esta inflamacion, pero no es raro que participen de ella el conducto cístico, el hepático y el colédoco; los autores describen esta flegmasía de una manera general, y al parecer sin inconveniente. Sin embargo, se ha mencionado la inflamacion aislada del conducto colédoco.

1.° INFLAMACION AGUDA DE LAS VIAS BILIARES.

Esta afeccion es sumamente rara en el estado de simplicidad; complica algunas veces las afecciones febriles intensas y sobre todo la fiebre tifoidea, y en la mayor parte de los casos en que la inflamacion de la vejiga de la hiel no es una simple lesion secundaria de una afeccion febril; es preciso atribuirla á la presencia de mayor ó menor número de cálculos biliarios. En vista, pues, de estas consideraciones parece que solo debiamos dar una importancia muy secundaria á esta enfermedad casi siempre consecutiva; pero reflexionando un poco, veremos por el contrario que merece una atencion especial. En efecto, esta afeccion, una vez desarrollada, ordinariamente es grave, tiene síntomas que le son propios y exige un tratamiento particular; así es que cualquiera que sea el modo con que se haya producido debemos tratarla por separado.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se ha propuesto designar la inflamacion de las vias biliares con el nombre de *colecistitis*, y bajo esta denominacion se la ha descrito en la mayor parte de las obras modernas. Parece mas racional emplear el término de *angiocoleitis*, cuya significacion es mas comprensiva y

de la cual empiezan á servirse los autores (1). Rara como afeccion primitiva, la angiocoleitis está aun lejos de ser frecuente en el estado secundario. En la vejiga es en donde la inflamacion asienta con mas frecuencia. Monneret habia observado, en veinte años, cuarenta y cinco casos de flegmasía de las vias biliares (2).

§ II.—Causas.

Se han citado algunos casos de *golpes en la region del hígado*, una *caida* ó una *violencia exterior* cualquiera que han ocasionado la inflamacion de la vejiga de la bílis.

La colecistitis de la variedad que Frerichs (3) y Niemeyer (4) llaman *catarral*, reconoce frecuentemente por causa la extension de una afeccion semejante del estómago ó del intestino al conducto colédoco por el duodeno. Frerichs ha hallado, en 41 casos, 34 veces los síntomas del catarro gastro-intestinal como precursores. Otras veces tiene su razon de ser en las afecciones del hígado que van acompañadas de hiperemia de la mucosa de las vias biliares.

La causa mas frecuente son los *cálculos biliarios*; en efecto, si consultamos las observaciones de J. L. Petit (5), Frerichs, Monneret, y los que ha presentado el doctor Littré (6). Es necesario añadir aquí las ascárides en las vias biliares (Frerichs), la sangre derramada en la vejiga, como dos ejemplos que ha publicado Fauvel (7); las producciones cancerosas en las inmediaciones, la alteracion de la bílis, á la cual Budd (8) atribuye un gran valor patogénico.

Las observaciones importantes de Cruveilhier y Durand-Fardel (9), de inflamacion de la vejiga con perforacion de este órgano, sin lesion concomitante que la explique, tienden á hacer admitir una colecistitis esencial, expontánea. Andral y Dance han referido casos análogos. Labbé ha referido otro, debido á la inanicion (10).

Finalmente, la vejiga de la hiel puede inflamarse, como ya dejamos dicho, en el curso de las afecciones febriles intensas. Louis (11)

(1) Luton, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1866, t. V. art. VOIES BILIAIRES.
(2) Monneret, *Traité élémentaire de pathol. int.*, t. I. Paris, 1864.
(3) Frerichs, *Traité practique des maladies du foie et des voies biliaires*, trad. Duménil et Pellagot, 2.ª édition. Paris, 1866, p. 751.
(4) Niemeyer, *Éléments de pathol. int. et de thérap.*, trad. Culmann et Sengel. Paris, 1865, t. I.
(5) J. L. Petit, *Remarques sur les tumeurs formées par la bile (Mém. de l'Acad. de chir.*, t. I, p. 117 et suiv.)
(6) Littré, *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., t. V. art. INFLAMMATION DES VOIES BILIARES.
(7) Fauvel, *Bulletins de la Société anatomique*, 1835.
(8) Budd, *Diseases of the Liver*, 3.ª édit. Lóndres, 1857.
(9) Durand-Fardel, *Bulletins de la Société anatomique*, 1838.
(10) Labbé, *Bulletins de la Société anatomique*, 1858.
(11) Louis, *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2.ª édit. Paris, 1841, t. I, p. 281.

ha hallado tres casos de inflamacion de este receptáculo en el curso de la fiebre tifoidea, Colin (1) un caso de perforacion, al paso que solo se ha presentado á su observacion un caso semejante en un sugeto que habia muerto de otra enfermedad; y lo que hay de notable es que en este último caso la afeccion era una *pulmonía*, es decir, la flegmasía que mas se asemeja por la intensidad del movimiento febril á la fiebre tifoidea.

Esta es la *colecistitis exudativa* de Frerichs. Se la encuentra tambien despues del tífus, del cólera, de la puohemia. Rokitansky, Andral, han observado ejemplos; G. Blane halló las lesiones en la fiebre de Walcheren, Dowler, en la fiebre amarilla en Nueva-Orleans (2).

§ VI—Síntomas.

La colecistitis, que trae su orígen únicamente de catarro gastro-intestinal, tiene un curso benigno; va precedida de signos de embarazo gástrico, y se revela sobre todo por síntomas de estagnacion y reabsorcion de la bílis; *ictericia* mas ó menos intensa, deposiciones descoloridas, orinas de color de caoba. El tegumento no siempre está muy oscuro, y el tinte amarillo puede no notarse mas que en las escleróticas. El hipocondrio derecho está ligeramente doloroso á la palpacion; el volúmen del hígado aumentado, y en algunos casos que deben ser muy raros se ha reconocido un tumor piriforme en el borde de la glándula, constituido por la vejiga de la bílis.

La colecistitis expontánea, y la que es producida por los cálculos, reviste las apariencias mas graves, entre las cuales se hallan los rasgos del cólico hepático, como se puede ver por la descripcion que sigue, debida á Littré (3).

«Cuando la enfermedad, dice Littré, aparece de repente ó se asocia á una afeccion del hígado ya existente, el enfermo experimenta un *dolor* muy intenso al nivel del borde de las costillas falsas derechas, *que se aumenta por la presion*, la respiracion ó el decúbito dorsal. El sugeto apenas puede estirar sus miembros, y por lo comun se acuesta sobre el lado izquierdo doblando las extremidades inferiores. El paroxismo del dolor dura por espacio de muchas horas y luego disminuye, manifestándose ordinariamente la *ictericia* á medida que va remitiendo. Al mismo tiempo hay *arcadas ó vómitos* que se componen tan solo de materias acuosas y verdosas. Estos vómitos siguen al dolor y disminuyen con él; á estos accidentes se agrega la *fiebre*, y cuando ha remitido la primera agudeza de los síntomas, los autores hacen mencion de una fiebre acompañada de

(1) Léon Colin, *Études cliniques de médecine militaire*. Paris, 1864, p. 198.
(2) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*. Paris, 1866.
(3) Littré, *loc. cit.*, p. 236.

pulso pequeño y contraido y una *sed intensa*, pero en la que no hay escalofríos ni calor notables. Hay *estreñimiento*, y la orina tiene los caractéres que presenta en los ictéricos.

«Si la enfermedad camina á la curacion, se van disipando poco á poco el dolor y la ictericia, y las deposiciones se van haciendo regulares; pero en el caso contrario los padecimientos se exacerban por intervalos, se aumenta la ictericia, *la piel se pone seca* y sobreviene la muerte, bien sea por efecto tan solo de la inflamacion de la vejiga, bien por la *perforacion* de este receptáculo, accidente que se conoce por la aparicion repentina de los síntomas de una peritonitis sobreaguda.

El doctor Jenner (1) ha referido un caso de *ulceraciones de la vejiga biliaria*, cuyos síntomas consistian principalmente en trastornos de la digestion, dolores hepáticos vivos en los últimos dias, y en un tumor circunscrito al nivel del punto que ocupaba la vejiga.

Si hemos de creer ahora á J. L. Petit, hay otros muchos síntomas que pertenecen á la inflamacion de la vejiga de la hiel, como son, luego que se ha formado la supuracion, la *disminucion del dolor* y de la fiebre, el *carácter pulsativo del dolor*, el *abatimiento* que despues persiste, los *escalofrios irregulares* que duran por bastante tiempo, y el *calor* y *mador* que á ellos sucede. Cuando está ya formado el absceso se observan además fenómenos particulares.

Monneret señala además la frecuente analogía de los accesos de fiebre de la colecistitis con los de la fiebre intermitente, la tendencia á las hemorragias en los enfermos; el prurito parcial ó general y el insomnio pertinaz.

Andral y Budd, citados por Frerichs, han observado casos semejantes; Trousseau (2) trae otros en que era en general difícil afirmar, durante la vida, la existencia de ulceraciones de la vejiga.

La colecistitis exudativa de las enfermedades generales graves, fiebre tifoidea, tífus, etc., difícilmente se reconoce á causa del predominio del aparato morboso primitivo. No se revela con frecuencia sino por las consecuencias de las perforaciones que entraña, y que son los accidentes de peritonitis rápidamente mortal.

Absceso de la vejiga de la hiel.—Cuando el absceso formado á consecuencia de la inflamacion de la vejiga de la hiel llega á ser accesible á la exploracion, se encuentra por debajo del borde de las costillas falsas y en el punto correspondiente al órgano afectado, *un tumor* no circunscrito, que parece, segun la espresion de J. L. Petit, comprendido en la circunferencia de las partes inmediatas, y por decirlo así, confundido con los tegumentos. A su nivel se percibe una *pastosidad* mas ó menos manifiesta, sin *ninguna dureza* á su

(1) Jenner, *London medical Gazette*, Febrero 1847.
(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.ª édition.

rededor, y en una época mas avanzada la piel se pone rubicunda y presenta un punto prominente. La *fluctuacion*, que siempre es bastante tardía, se presenta al principio oscura, luego se hace aparente en el centro del tumor, y cada dia se estiende mas segun que va aumentando la supuracion.

Cuando á consecuencia de los progresos de la enfermedad el absceso se abre al exterior, ó cuando por medio de la operacion se vacía el foco purulento, casi siempre sale con el pus un número muy variable de cálculos biliarios y á veces cierta cantidad de bílis. Por lo comun la salida del líquido y de los cálculos se prolongan durante mucho tiempo, y lo que hay de notable es, que la abertura del absceso permanece fistulosa sin alterar notablemente la salud. Los cálculos son los que con especialidad dan orígen á la formacion de las *fístulas*, porque si el absceso no los contiene, lo cual es sumamente raro, ó si salen pronto todos los que existen, la abertura puede llegar á cicatrizarse muy pronto.

El doctor Tampelini (1) ha observado la salida de cálculos biliarios al través de la pared abdominal en un sugeto de sesenta y nueve años. Primeramente se formó en el hipocondrio un tumor que luego se convirtió en absceso, y del que solo salió durante mucho tiempo un pus espeso de color blanco sucio é inodoro; en seguida salió un cálculo por la abertura fistulosa, y á los seis meses otro por la misma abertura, la que habiéndose cerrado y cicatrizado volvió todo al estado normal. Trousseau (2) ha observado un hecho semejante en un sugeto de sesenta años. Otros muchos se hallarán en el artículo *Cálculos biliares*.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

Los casos de colecistitis esencial se producen de una manera latente, y los síntomas aparecen bruscamente por la perforacion súbita de la vejiga. La angiocoleitis sintomática de cálculos ó de cuerpos extraños tiene una invasion rápida y un curso agudo. Sin embargo, resulta de la descripcion de J. L. Petit, que esta rapidez tan grande del curso de la enfermedad solo se observa en sus principios, y que cuando llega á establecerse la supuracion se van sucediendo los fenómenos con cierta lentitud, es decir, que ocurre con los abscesos de la vejiga lo que con todos los abscesos cálidos cualquiera que sea el punto en que residan.

La *colecistitis catarral*, sin cálculos, mejora desde los ocho á los quince dias, lo cual se reconoce por la vuelta del apetito, la decoloracion de la orina y el color natural de las heces. La *duracion* de la ictericia es ordinariamente de tres semanas. Segun Frerichs, en casos excepcionales puede llegar hasta dos ó tres meses. El ca-

(1) Tampelini, *Travaux de la Société de médecine de Moulins pour l'année*, 1849.
(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.ª edit., t. III. Paris, 1865.

tarro de las vias biliares puede hacerse crónico, como el del estómago y de los intestinos.

La colecistitis debida á la presencia de concreciones biliares es siempre de larga *duracion*, y sus manifestaciones son intermitentes y paroxísticas, hasta que las lesiones anatómicas sean bastante intensas para darle una forma contínua.

La *colecistitis catarral* es la única forma que puede *terminarse* por resolucion. Andral ha citado un caso que parece haber tenido este término feliz.

Se puede considerar como constante la *terminacion* por supuracion cuando la inflamacion reconoce por causa la presencia de cálculos: la curacion en tal caso puede efectuarse por la abertura del absceso, bien sea natural, bien artificial, al través de las paredes abdominales. En algunos casos, como ya hemos dicho mas arriba, y Martin Solon ha citado un ejemplo notable, hay perforacion de la vejiga, derrame de pus en el peritoneo, mezclado ó no con bílis, y peritonitis mortal.

Algunas veces se puede abrir el absceso en el intestino y efectuarse la curacion á consecuencia de la evacuacion de los cálculos. Louis me ha comunicado un caso de este género sumamente notable, sobre todo bajo el punto de vista del estado anatómico de la vejiga despues de la salida del cálculo.

Se hallan igualmente en la *Clínica* de Trousseau ejemplos de terminacion por fístulas externas ó internas y por peritonitis debidas á la perforacion de la vejiga (1).

§ V.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas consisten en el engrosamiento, el reblandecimiento y á veces en la ulceracion de las paredes de la vejiga de la hiel, y en particular de la mucosa; en la existencia en su interior de pus mezclado ó no con la bílis y las mas veces de cálculos en mayor ó menor número, y finalmente en ciertos casos de perforaciones mas ó menos numerosas.

La *angiocoleítis catarral* apenas está caracterizada mas que por la *rubicundez* de la mucosa de los conductos y por la hipersecrecion de moco. La forma calculosa es sobre todo la que tiende á la supuracion y ulceracion: Gubler (2) ha notado pequeños abscesos submucosos, semejantes á pústulas, que preceden á la ulceracion de las paredes císticas; Barth (3) ha visto el absceso exterior á la vejiga, y que hacia comunicar esta cavidad con el cólon trasverso; se forman dilataciones en diferentes puntos de los conductos y raicillas del hepático, simulando abscesos de las vias biliares y aun del hí-

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 226 et suiv.
(2) Gubler, *Bulletins de la Société anatomique*, 1848.
(3) Barth, *Bulletins de la Société anatomique*, 1853.

grado; este es un punto sobre el cual Cruveilhier (1), Olliffe (2), y Monneret (3) han fijado especialmente la atencion de los observadores. El contenido de estas escavaciones es, en general, muco-purulento, y mezclado con bílis, y si allí ha habido verdaderos abscesos de las vias biliares, es probable que se haya tenido alguna vez una coleccion de este líquido, vertido en la vejiga por un absceso de este órgano (4).

Louis (5) y Leudet (6) han observado la supuracion de las paredes de la vejiga á consecuencia de la fiebre tifoidea. Roktansky y Frerichs han visto, despues del tífus, cólera y puohemia, quedar exudaciones fibrinosas en las paredes de la vejiga, y cilindros ó tubos fibrinosos en los conductos (inflamacion crupal). Sestier (7) ha observado la *gangrena* de la vejiga en un indivíduo que padecia un aneurisma de la arteria hepática. Escaras circunscritas de la mucosa, falsas membranas difteríticas, son tambien lesiones posibles, segun Niemeyer (8).

Como accidentes menos inmediatos, señalaremos la posibilidad de lesiones peritoneales, ulceraciones del hígado, pileflebitis (9). Contesse ha observado esta última (10).

No carece de interés, en conclusion, mencionar los hechos de inflamacion limitada al conducto colédoco, uno citado por Littré, segun Curry (11), otro referido por Andral (12). La realidad de esta localizacion exclusiva podria discutirse.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* de la inflamacion de la vejiga de la hiel presenta grandes dificultades cuando el absceso no es accesible á la exploracion: sin embargo, segun lo hace notar el doctor Littré, si se toman en cuenta las diversas circunstancias que hemos indicado en la descripcion de los síntomas, todavía es posible llegar á conocer su existencia. En efecto, si el enfermo percibe mas ó menos repentinamente un dolor muy intenso que tiene su asiento inmediatamente por debajo de las costillas falsas y detrás del músculo recto; si no tarda en presentarse la fiebre, y si pasado un corto espacio de tiem-

(1) Cruveilhier, *Archives générales de médecine*, 1857.
(2) Olliffe, *Dublin Quarterly Journ. of med.*, août 1848, et *Arch. gén.*, 1849.
(3) Monneret, *loc cit.*
(4) Boudet, *Bull. de la Soc. anat.*, 1837.
(5) Louis, *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2.ª édit. Paris, 1841, t. I, p. 28.
(6) Leudet, *Bull. de la Soc. anat.*, 1853.
(7) Sestier, *Bulletins de la Soc. anat.*, 1835.
(8) Niemeyer, *Éléments de pathologie interne et de thérapeutique*, t. I.
(9) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, 2.ª édition.
(10) Contesse, *Bull. de la Soc. anat.*, 1858.
(11) Curry, *Bibliothèque britannique*, t. LX, 1815.
(12) Andral, *Clinique médicale*, t. II, p. 556.

po no se percibe fluctuacion muy manifiesta en el punto que ocupa el dolor, y sobre todo si la ictericia no es muy intensa y no aparece con demasiada prontitud, se deberá creer que existe una inflamacion de la vejiga de la bílis.

Segun Monneret, la vuelta con mucha regularidad intermitente del dolor y de la fiebre podria alguna vez hacer creer en una fiebre palúdica: la intensidad del dolor y de la ictericia, la integridad del bazo, el no producir efecto el sulfato de quinina, darán asimismo á conocer la enfermedad del hígado.

En cuanto á la *hepatitis aguda* se distingue de la inflamacion de la vejiga por la mayor extension del dolor, por el aumento de volúmen del hígado, y finalmente, por el modo menos brusco que tiene de presentarse los síntomas. No olvidemos tampoco que estos signos no son constantes.

Cuando se ha formado un absceso en la vejiga de la bílis, el diagnóstico presenta nuevas consideraciones que debemos buscar particularmente en la Memoria de J. L. Petit. El absceso de la vejiga puede confundirse ó con un *absceso de la sustancia misma del hígado*, ó con la *retencion de la bílis*, de que hemos hablado antes de ahora. Veamos cómo se llegará á distinguirle de estas dos afecciones.

El absceso de la vejiga de la hiel nunca está distante del borde de las costillas falsas y del músculo recto, como puede suceder muy bien en los casos de *abscesos del hígado*. Por lo comun es mucho mas fácil percibir la fluctuacion en el caso de absceso de la vejiga, y además no hay ni con mucho en la circunferencia del tumor una dureza tan marcada como la que se observa en el absceso que ocupa el parénquima hepático. Estos son los signos diferenciales de estos abscesos, que pueden no obstante confundirse fácilmente en ciertos casos, aunque como el tratamiento es el mismo, la confusion no ofrece ningun peligro.

Otra es la importancia que tiene el distinguir el absceso de la vejiga de la *retencion de la bílis*, porque la operacion que convendria en el primer caso seria peligrosísima en el segundo; y conviene tanto mas distinguir estas dos lesiones, cuanto que se ha cometido con mas frecuencia este error, como podemos convencernos leyendo la Memoria de J. L. Petit. Hé aquí, segun este célebre cirujano, los signos por medio de los cuales podremos distinguirlos: El dolor es de mayor duracion en el absceso que en la retencion biliaria; es pulsativo, y cuando disminuye, no queda el enfermo en un bien estar tan completo como el que percibe luego que se ha calmado el dolor dependiente de la retencion; los escalofrios irregulares son mas largos y van seguidos de calor y mador; la fluctuacion se manifiesta con menos prontitud, empieza por el punto mas prominente para irse extendiendo al resto del tumor, y finalmente se percibe en la circunferencia de este pastosidad y cierto grado de dureza que no

se observa en la simple retencion de la bílis. La colecistitis se puede distinguir de la peritonitis circunscrita: se puede afirmar la existencia de la primera cuando la vejiga distendida puede ser reconocida en su sitio y en su forma.

Pronóstico.—De lo que acabamos de decir se deduce que la inflamacion de la vejiga de la hiel es una enfermedad grave; sin embargo, se cita mayor número de terminaciones fatales que de curaciones obtenidas por los solos esfuerzos de la naturaleza ó por la intervencion del arte. El caso mas favorable despues de la resolucion es la abertura del absceso al exterior al través de las paredes abdominales, sobre todo cuando hay cálculos en el foco purulento.

Segun una observacion de Cornil (1), conforme con la de Charcot, el catarro de las vias biliares tendrá en los viejos una gravedad excepcional.

§ VII.—Tratamiento.

Se ha recomendado la *sangría general* repetida varias veces, las aplicaciones reiteradas de diez, veinte ó treinta *sanguijuelas*, y las *ventosas escarificadas* al hipocondrio derecho y parte anterior del abdómen. Se mide la energía de estos medios por la intensidad del dolor y la violencia de la fiebre. Igualmente se prescriben, y segun la mayor parte de los autores con resultados positivos, las *aplicaciones emolientes*, como grandes cataplasmas, fomentos con el agua de altea, etc., y tambien los *baños frecuentes y muy prolongados*.

A veces está indicado un vejigatorio ambulante. Gerhardt (2) propone el amasamiento de la vejiga en la colecistitis catarral.

Se han recomendado tambien los *purgantes*, y los médicos ingleses han elogiado particularmente el uso de los *calomelanos*, sustancia que ellos no administran únicamente como purgante, sino que muchos se proponen producir con ella la salivacion, pero sin que hasta ahora se haya hecho investigacion alguna exacta con objeto de determinar cuál es la verdadera influencia de este medio. En cuanto á los demás purgantes, tales como el *aceite de ricino*, el *ruibarbo* á la dósis de 3, 4 ó 6 gramos, y las *sales neutras*, generalmente se admite que producen efectos ventajosos. Tambien se atribuyen buenos efectos al uso de los drásticos. En los casos en que el embarazo gástrico y bilioso es evidente, los *vomitivos* están indicados y prestan servicios; se emplea el tártaro estibiado á dósis vomitiva ó la hipecacuana. En Alemania, segun Niemeyer, se pon-

(1) Cornil, *Suppuration des voies biliaires, fièvre intermittente symptomatique (Gazette médicale*, 1864, núm. 28, p. 431).

(2) Gerhardt, *Traitement direct de l'ictère catarrhal (Würzburger medicinische Zeitschrift*, t. IV, 1863).

dera el agua régia en baños de piés (15 á 30 gramos por baño) ó al interior (2 á 4 gramos en 180 de un vehículo mucilaginoso).

Si á los medios espuestos agregamos el uso de algunos *narcóticos* y algunos *revulsivos* aplicados á la piel, habremos dado á conocer el tratamiento generalmente adoptado; pero conviene añadir que siendo, como ya hemos dicho, la inflamacion de la vejiga de la hiel el resultado ordinario de la presencia de los cálculos, casi siempre se deberá hacer uso del tratamiento propio de estas concreciones biliarias, para cuyos detalles remito al lector al artículo siguiente, en que se espondrá el tratamiento de los cálculos biliarios.

Medios quirúrgicos.—Luego que nos hayamos asegurado que hay un *absceso de la vejiga de la hiel* y que se han establecido adherencias entre este receptáculo y la pared abdominal, lo cual se conoce por la pastosidad de esta pared y sobre todo por la prominencia y la rubicundez difusa que se percibe en la piel, no se debe dudar en abrir el tumor. En estos casos casi siempre ha habido ya rotura de la vejiga biliaria, y la pared abdominal constituye por sí misma el límite anterior del absceso. La *incision simple* debe practicarse de tal modo que no se estienda mas allá del punto mas prominente y en el que se percibe claramente la fluctuacion. Despues de haber dado salida al líquido purulento se puede hacer la *extraccion de los cálculos biliarios*, y si la abertura es demasiado estrecha se dilatará con el bisturí, pero con mucha precaucion por no traspasar las adherencias de le vejiga: en seguida basta hacer una *cura simple.* Cuando es dudoso que las adherencias de la vejiga al peritoneo parietal existan, se recurre al cauterio actual, como lo ha hecho, en caso parecido, Leclercq (de Senlis), que se sirvió de la potasa caústica para penetrar en un tumor biliario y extraer de él los cálculos (1). Piorry ha metido el bisturí en una vejiga que suponia adherente, y sacó de ella tres cálculos enormes (2).

1.° *Fístula consecutiva.*—«La abertura de los abscesos de la vejiga, dice Boyer (3), ya se verifique expontáneamente, ó ya sea practicada por el arte, suele degenerar en *fístula.* Esto es lo que sucede especialmente en los abscesos causados por un cálculo biliario, que despues de haber destruido por ulceracion las paredes de la vejiga que se adhieren al peritoneo, se desliza por entre los intersticios de los músculos del bajo vientre, por debajo de los tegumentos, y va á detenerse en un punto mas ó menos distante de las vias biliarias, en donde forma un tumor inflamatorio que termina por un absceso, y del cual salen pus, bílis y un cálculo biliario mas ó menos voluminoso.» Cruveilhier ha estudiado las variaciones de la disposicion

(1) Leclercq (de Senlis), *Bulletins de la Soc. anat.*, 1856.
(2) Debargues, *Les cholélithes ou calculs biliaires*, thèse de Paris, 1861, número 30.
(3) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, 4.ª édit., t. VII, p. 591.

anátómica de las fístulas biliares cutáneas que él llama *cístico-cutáneas* (1).

Se pueden introducir los cálculos en la fístula y producir accidentes bastante manifiestos (dolores, anorexia y fiebre), y para la curacion de estas fístulas se emplean diversos medios, siendo los principales: la *dilatacion* hecha con candelillas, la esponja preparada, etc., etc., la *incision*, la *estirpacion de las partes callosas*, operaciones todas que tienen por objeto el favorecer la salida de los cálculos biliarios, cuya presencia es lac ausa principal dé que persistan las fístulas. Conocemos un caso en que Demarquay, para curar una de estas fístulas, introdujo una pequeña tenaza (rompe piedra) en la vejiga de la hiel y destruyó una série de cálculos, que de esta manera pudo extraer. El enfermo ha curado perfectamente.

El doctor Levacher (2) ha observado un caso de absceso del hígado en el que permaneció por mucho tiempo un conducto fistuloso despues de la abertura del foco y de haber salido el pus. Levacher desbridó primero con un bisturí conducido por medio de una sonda acanalada, introdujo en seguida esponjas preparadas con bramante y engomadas, y fué dilatando así la fístula hasta que podia penetrar en ella el dedo meñique. Entonces salió un cálculo, y habiendo seguido dilatando la fístula por medio de cuerdas de tripa del volúmen del dedo pequeño, llegó á ensancharse hasta permitir la entrada del pulgar, y entonces se presentaron nuevos cálculos. De este modo han salido hasta diez y seis, muchos de los cuales debieron haberse roto en pedacitos, y á los tres meses era completa la curacion. Corrichius, á quien cita Boyer, Thilesius y Stalpart, Vander Wiel han citado casos análogos.

2.° *Inflamacion crónica de la vejiga y de sus conductos*.—Lo único que interesa decir como síntomas propios á esta enfermedad, es que se ha asignado un *dolor fijo* por debajo de las costillas falsas derechas y detrás del músculo recto, que tiene *larga duracion*, con exacerbaciones variables y *trastornos digestivos* muy diversos; que casi siempre en los casos de cálculos se ha notado la inflamacion crónica de las vias biliarias, y que las lesiones halladas despues de la muerte son el engrosamiento, las ulceraciones de las paredes de la vejiga y la existencia de pus en su interior, con lesiones análogas en los conductos de excrecion de la bílis que presentan por lo comun una obliteracion mas ó menos completa. En un caso ha visto Louis que la induracion de la vejiga sucede á su perforacion por un cálculo.

Frank habia ya antes de ahora hallado las paredes de la vejiga como cartilaginosas, y teniendo el grosor de un dedo (3). Como

(1) Cruveilhier, *Traité d'anat. pathol. gén.* Paris, 1852, t. II, p. 567.

(2) Levacher, *Observation d'un abcès fistuleux du foie donnant issue à des calculs biliaires (Journal de chirurgie*, Mayo 1846, t. IV, p. 140).

(3) Trousseau, *Cliniq. méd.*, t. III, p. 230.

otros conductos revestidos de una mucosa, los conductos biliares y la vejiga, pueden *disminuirse* y *obliterarse*, ya por la simple inflamacion, ya por las cicatrices de la ulceracion. Estos accidentes, luego que atacan los conductos, producen la retencion de la bílis con los síntomas que describiremos despues. La obliteracion de la vejiga no determina ordinariamente ningun trastorno digestivo, en atencion á que la bílis pasa directamente del hígado al intestino (1). La figura 41 representa una vejiga semejante, arrugada y llena de cálculos.

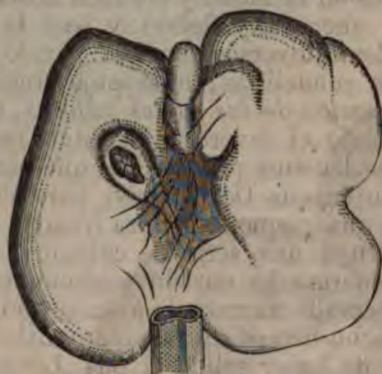


Figura 41.—Atrofia de una vejiga llena de cálculos. (Frerichs, fig. 134, p. 768.)

Las modificaciones impresas á los conductos biliares en el estado de sus paredes y en la capacidad de sus cavidades ó de su calibre, siendo resultado de inflamacion crónica, se notan principalmente en los casos de producciones cancerosas en las inmediaciones de este aparato.

La figura 42 de Frerichs representa un cáncer del duodeno, con



Figura 42.—Cáncer del duodeno con amplificacion de los conductos biliares; ulceracion simple del estómago.—*a*. Orificio de los conductos colédoco y de Wirsung. (Frerichs, figuras 42 y 139.)

(1) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, trad. de l'allemand par Louis Duménil. Paris, 1866, p. 768.

amplificacion de los conductos biliares: véase en *a* el orificio de los conductos colédoco y de Wirsung.

La figura 43 representa una ectasia enorme de las vias biliares, con cáncer del páncreas.



Figura 43.—Ectasia enorme de las vias biliares con cáncer del páncreas.—*a*. El hígado levantado.—*b*. Ligamento cilíndrico.—*c*. La vejiga distendida.—*d*. El conducto colédoco dilatado.—*e*. El estómago.—*f*. El páncreas.—*g*. El duodeno.—*h*. El riñon derecho. (Frerichs, fig. 43.)

En cuanto al tratamiento, es en general el de la afeccion primitiva de que la angiocoleitis crónica es un accidente secundario.

ARTÍCULO II.

CÁLCULOS BILIARIOS Y CÓLICO HEPÁTICO.

Ninguna mencion hacen los autores antiguos de los cálculos biliarios, y solo Rhaze habla de una piedra de este género hallada en los conductos biliarios de un buey. Es verdad que ha dicho que Hipócrates hacia referencia á estas concreciones en su *Carta sobre la enfermedad de Demócrito*, pero es un error. Tenemos que llegar á Vesalio, á Falopio (1) y sobre todo á Fernelio (2) para encontrar algunas nociones respecto á este punto de patologia. Este último hizo conocer la posibilidad de la expulsion de estos cálculos durante la vida. Mas tarde un gran número de autores, entre los cuales

(1) Fallope, *Observationes anatomicæ*. Veuise, 1561.
(2) Fernel, *Pathol.*, lib. VI, cap. V.

debemos citar á Van Swieten (1), Fed. Hoffmann (2) y Morgagni (3), han estudiado con bastante cuidado esta enfermedad, acerca de la cual han publicado observaciones clínicas muy importantes Bouillaud (4), Stokes (5), Fauconneau-Dufresne (6), Beau (7), Barth (8), Meckel (9), Budd (10), Duparcque (11), Trousseau (12). Observaciones aisladas, en gran número, consignadas particularmente en los *Boletines de la Sociedad anatomica* y el artículo tan completo de Frerich, á que nos referimos especialmente para la historia, completarán los materiales que poseemos para hacer la descripcion de esta forma morbosa.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Concreciones, *piedras biliares*, *colelitis*, son términos equivalentes al de cálculos biliares: el estado que producen se llaman tambien *colelitiasis*, *litiasis biliar*.

Los cálculos biliarios son bastante *frecuentes*; pero en la práctica médica no es muy comun asistir á indivíduos que padezcan esta afeccion, porque en un considerable número de casos puede existir hasta la muerte sin producir ningun fenómeno que merezca llamar la atencion.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes*..—Por lo comun los cálculos biliarios se forman *en una época bastante avanzada de la vida*; sin embargo, se han citado algunos hechos de esta enfermedad, no solo en la juventud, sino hasta en la infancia. Portal, entre otros, cita dos casos de cálculos biliarios *en niños recien nacidos*; pero Billard y los demás autores que se han ocupado con especialidad de las enferme-

(1) Van Swieten, *Comment. in Boerhaavii Aphorismos.*
(2) Fr. Hoffmann, *De dolor. et spasm. præcord., etc.*
(3) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. XXXVIII.
(4) Bouillaud, *Recherches cliniques sur les maladies des voies biliaires (Journal compl. des sciences médicales*, Diciembre 1827).
(5) Stokes, *The London med. and surg. Journal*, vol. V.
(6) Fauconneau-Dufresne, *Revue médicale*, 1841.—*De la bile et de ses maladies (Mémoires de l'Académie de medecine*, Paris, 1847, t. XIII, p. 198).
(7) Beau, *Études analyt. de physiol. et de pathol. sur l'appareil spléno-hépatique (Archiv. gén. de méd.* 1851).
(8) Barth, *Études anatomo-pathol. sur le mécanisme de la guérison spontanée de l'affection calculeuse du foie et de son traitement (Bulletin de l'Académie de médecine*, 7 Marzo 1854, t. XIX, p. 471).
(9) Meckel, *Mikrogeologie*. Berlin, 1856.
(10) Budd, *On diseases of the Liver*, 3.ª édit. Lóndres, 1857.
(11) Duparcque, *Notice sur le diagn. et. le trait. des col. hépat. (Gazette hebdomadaire*, 1859).
(12) Trousseau, *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, 2.ª édit., t. III. Paris, 1865.

dades de los niños, no hablan de esta afeccion, ni yo por mi parte he observado nunca un solo ejemplo de ella.

Segun Crisp (1), esta afeccion se presenta principalmente hácia los cincuenta años.

Segun Morgagni, los dos *sexos* están igualmente espuestos. Las mujeres estarian mas espuestas que los hombres en la relacion de 3 á 2, segun opinion de Hoffmann, Haller, Sœmmering, Pinel, Hein, confirmada por Frerichs, Trousseau y Monneret (2). La colelitiasis es mucho menos comun en los viejos de Bicêtre que en los de la Salpêtrière. Se ha observado esta frecuencia en las mujeres, ya se deba á su vida mas sedentaria, ya á su régimen mas vegetal que el de los hombres. (Es preciso decir que se ha notado que las concreciones biliares son mas comunes en los animales durante el invierno, mientras se alimentan de forraje seco, que en el verano, en que pacen la yerba verde.)

Segun algunos autores, padecen principalmente de cálculos de las vias biliarias las personas de *vida sedentaria*, los que *cultivan el estudio de las letras*, los que tienen la costumbre de estar mucho tiempo sentados despues de comer (Van Swieten), y los que permanecen habitualmente *encorvados hácia delante* y comprimen de este modo los órganos abdominales. Pero ya se concibe cuánta necesidad tienen estas aserciones de una demostracion rigurosa. Lo mismo digo de la influencia que se ha atribuido al uso excesivo de las *bebidas alcohólicas*, de la *cerveza*, etc., etc.

Finalmente, se ha dado una gran importancia á los *climas frios*, y algunos autores, como Rudolphe, Schwiedíels (3) y J. Frank (4) han dado grande importancia á la *herencia* en esta enfermedad.

Trousseau no responde por esta última idea: antes está bastante dispuesto, lo mismo que Monneret, á tomar en consideracion la coincidencia frecuente del mal de piedra urinario con el mal de piedra biliar, ya notado por Morgagni, y á aceptar, para la colelitiasis, cierta influencia etiológica de parte de la diátesis gotosa y reumática. Sin embargo, las mujeres mas predispuestas á los cálculos biliares lo están poco á la gota y al mal de piedra de los riñones.

2.° *Causas ocasionales.*—Entre las causas ocasionales citaremos las *emociones vivas*, las *pasiones violentas*, las *violencias exteriores*, el *uso inmoderado del tabaco*, la *esposicion continua á las emanaciones del vapor de carbon*, etc., etc. Basta que citemos estas causas para que se comprenda que solo están fundadas en ideas teóricas ó en

(1) Crisp, *The Lancet*. London, 1841.
(2) Monneret, *loc cit.*
(3) Schwiedíels, *Med. Annalen.*
(4) J. Frank, *Praxeos medicæ universæ præcepta: De calcul. biliar.* Lipsiæ, 1841.

algunos casos aislados, que solo pueden considerarse como simples coincidencias.

Formacion de los cálculos biliares.—La detencion de la bílis y su descomposicion son las primeras causas de la formacion de los cálculos. La detencion ó éxtasis es debida á diversas modificaciones orgánicas, entre las cuales el catarro de la vejiga ocupa el primer lugar; la alteracion consiste sobre todo en la descomposicion del colato de sosa, que determina la precipitacion de la materia colorante (cholépyrrhine), de la resina biliar y de la colesterina. El aumento de la cantidad de colesterina en la sangre de los viejos, explicará la frecuencia de los cálculos biliares en esta edad de la vida. La cal asociada en los cálculos á los elementos biliares será segregada por la mucosa de la vejiga. Ninguna teoría ha explicado de una manera satisfactoria la condensacion en núcleos, ni la estratificacion de los materiales de los cálculos (1).

§ III.—Síntomas.

Unas veces estas concreciones *permanecen encerradas en la vejiga de la hiel*, otras se forman en la raíz del conducto hepático y permanecen en su asiento primitivo ó se introducen en este conducto, y finalmente, algunas penetran en el conducto colédoco, en cuyo punto ó permanecen fijas, obstruyendo mas ó menos este conducto, ó le atraviesan despues de haber ocasionado diversos accidentes.

1.° *Cálculos en la vejiga de la hiel.*—En la actualidad poseemos un gran número de hechos que prueban que puede existir un gran número de cálculos en la vejiga de la hiel *sin dar lugar á ningun síntoma*, y se ha visto despues de la muerte que la presencia de las concreciones no habia ocasionado en estos casos ninguna alteracion en las paredes de la cavidad. Beau ha observado muy rara vez el cólico hepático en la Salpêtriere, donde es muy comun, como se sabe hallar cálculos biliarios en la abertura de los cadáveres (2). Sin embargo, si el número de cálculos es muy considerable y si está distendida la vejiga, se puede observar, como ha sucedido en muchos casos que citan los autores, una *incomodidad* y una sensacion de *peso* y de *tension* en el hipocondrio derecho. Algunos enfermos se han quejado de un movimiento incómodo al nivel de las costillas falsas derechas, cuando estando echados se querian volver de un lado á otro, y principalmente sobre el izquierdo. Estos casos

(1) Véase Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, trad. de l'allemand par Duménil et Pellagot, 2.ª édition. Paris, 1866, p. 813, et Dehargues, *Les coléliths ou calculs biliaires*, thèse de Paris, 1861, núm. 30.

(2) Beau, *Gazette des hôpitaux*, 1861, núm. 38, et *Études analytiques de physiologie et de pathologie sur l'appareil spléno-hépatique* (*Arch. gén. de méd.*, 1851, 4.ª série, t. XXV, p. 5, 161, 385, et t. XXVI, p. 31).

son raros, pero Fabricio de Hilden cita un ejemplo de esta naturaleza.

Algunas veces puede degenerar esta incomodidad en un verdadero *dolor*, pero son insuficientes los datos que hallamos en los autores acerca de este punto. En efecto: ¿está demostrado que en los casos á que aludimos dependiese únicamente el dolor de la presencia de los cálculos en la vejiga y de la mayor ó menor distension de este receptáculo? ¿No se ha desarrollado cierto grado de inflamacion? ¿No se habrán introducido los cálculos en la porcion estrecha y tortuosa del cuello de la vejiga? La observacion tiende á aprobar que estas son las verdaderas razones por las cuales las concreciones de la vejiga manifiestan á veces su presencia.

Este dolor es muy variable en cuanto á su intensidad, á su forma y á la extension de su asiento: unas veces sordo, y otras, por el contrario, vivo y lancinante, puede permanecer limitado al hipocondrio derecho, ó estenderse al resto del abdómen, á las paredes del pecho y hasta al hombro.

Se ha podido apreciar por la *palpacion* la existencia de cálculos en la vejiga, de lo que ha citado ejemplos J. L. Petit, y entonces, si son muy numerosos, se percibe por la presion, y sobre todo haciéndola con fuerza, además de la resistencia que se nota al nivel de la vejiga biliaria, un ruido que J. L. Petit *ha comparado al que producen las avellanas agitadas en un saco*. En otros casos, solo hay un corto número de cálculos voluminosos y apretados los unos contra los otros, y entonces se ha podido percibir por la palpacion su *dureza petrosa;* pero los casos de este género son sumamente raros.

La *percusion* es en estas circunstancias un recurso bastante bueno, pues por ella se determina, además del sonido á macizo propio de la vejiga de la hiel distendida, el *ruido de colision* que acabamos de indicar, ruido que se percibe todavía mas fácilmente cuando se aplica el pectoriloquio á un punto próximo á la vejiga. Martin Solon (1) ha percibido la colision de los cálculos biliarios comprimiendo la vejiga y mandando al enfermo que hiciese tres ó cuatro esfuerzos espulsivos contrayendo el diafragma, pero es preciso que convengamos en que en el mayor número de casos faltan completamente todos estos signos, y que la presencia de los cálculos es inaccesible á la esploracion directa.

Se han dado como propios de la existencia de cálculos biliarios en la vejiga, los *trastornos digestivos* muy variados, como digestiones laboriosas, pérdida del apetito y la dificultad de defecar; pero nada hay que pruebe que estos síntomas tengan la menor relacion con estos cálculos en los casos, que son los mas comunes, en que no dificultan el curso de la bílis. Hasta se han atribuido á esta en-

(1) Martin Solon, *Quelques considérations sur les calculs biliaires et leur diagnostic (Bulletin général de thérapeutique*, 1849, t. XXXVI, p. 297).

fermedad la *tristeza* y la *hipocondría*, pero sin prueba alguna de importancia.

Resulta, pues, que mientras que los cálculos biliarios no producen alteracion en la vejiga y no embarazan el curso de la bílis, no presentan síntomas que les sean propios; pero ya hemos dicho antes de ahora que son una de las causas mas frecuentes de la *inflamacion de los conductos biliarios*, y que producen á veces la *ulceracion* y hasta la *rotura* de la vejiga. El doctor Santo Nobili (1) ha citado el caso de un cálculo biliario de dos pulgadas y media de largo y ocho líneas de grueso, que rompió la vejiga de la hiel y se abrió paso al traves del hipocondrio, dejando una fístula biliosa. Se ven con frecuencia salir los cálculos por el ombligo. Morand observó el hecho en un oficial; Buettner vió salir treinta y ocho cálculos por la misma via; Drouineau habla de una mujer de sesenta y cinco años, que durante seis meses arrojó cálculos por esta region (2); Leclerc (de Caen) dió á conocer un hecho de cálculo biliario arrojado por la region umbilical despues de haber determinado un absceso cuatro años antes y una fístula consecutiva (3). Por el contrario, Amussat, Wolff (de Bonn) (4), Duplay (5), Durand-Fardel (6), Bercioux (7), y Potains han visto cálculos que tomaron una direccion del todo diferente y perforaron la vejiga, ó los conductos del lado del peritoneo, accidente constantemente mortal. Veremos otras particularidades de la traslacion de los cálculos.

2.° *Cálculos en las raicillas del conducto hepático.*—Ya Morgagni habia indicado un número bastante considerable de hechos observados por varios autores y en los que se han hallado cálculos biliarios, por lo comun en gran cantidad, no tan solo en el nacimiento del conducto hepático, sino tambien en sus raices principales y hasta en las partes mas profundas del hígado. Fauconneau-Dufresne (8) ha referido estos diversos casos, y agregó otros muchos observados por los médicos modernos. De las observaciones de este autor resulta que esceptuando algunos *dolores sordos* en el hipocondrio derecho, y en algunos casos raros signos de *cólico hepático*, no es posible asignar ningun síntoma á esta lesion, que á veces ni aun ocasiona fenómeno alguno.

3.° *Cálculos en el conducto hepático.*—Los cálculos del conducto hepático son raros, y en el corto número de casos que de ellos se han citado han presentado síntomas marcados, como son: primero

(1) Santo Nobili, *Annali universali di medecina*, Febrero 1847.
(2) Drouineau, *Bulletin de la Société de chirurgie*, Junio 1859.
(3) Leclerc (de Caen), *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, Enero 1863.
(4) Véase Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, 2.ª édition. Paris, 1866.
(5) Duplay, *loc. cit.*
(6) Durand-Fardel, *loc. cit.*
(7) Bercioux, *Bulletins de la Soc. anat.* 1857, p. 178.
(8) Fauconneau-Dufresne, *Mémoire sur les calculs biliaires*. Paris, 1841, p. 29.

la *ictericia*, un *dolor violento* al nivel de las costillas falsas derechas, si el cálculo ha penetrado bruscamente, y dolores menos fuertes ó intermitentes cuando la concrecion ha fijado su asiento en el conducto; diversos *trastornos digestivos*, y en particular vómitos biliosos, y finalmente, los signos de la *peritonitis sobreaguda*, cuando se ha roto el conducto hepático y el cálculo ha pasado al peritoneo, como ha sucedido en dos casos citados por Fauconneau-Dufresne (1).

4.° *Cálculos en el conducto cístico.*—Los cálculos que se forman en la vejiga pueden penetrar en el conducto cístico, y cuando lo efectúan de un modo brusco y distienden violentamente este conducto, se observan los mismos síntomas que hemos notado en el paso de los cálculos al traves del conducto hepático, y además la *retencion de la bílis*, que produce la dilatacion de la vejiga de la hiel, con los accidentes que esto origina y que describiremos mas adelante. Se concibe, sin embargo, que hallando la bílis un paso libre desde el hígado al intestino por los conductos hepático y colédoco, y pudiendo tambien algunas veces filtrarse por entre el cálculo y las paredes del conducto, exista el *dolor solo* sin ningun otro síntoma de afeccion hepática. Esto sucede con los cálculos del conducto cístico á los que se debe la mayor parte de los cólicos hepáticos sin ictericia. Las consecuencias de la persistencia de los cálculos en este conducto, bajo el punto de vista de las modificaciones de textura de sus paredes y de los accidentes ulteriores posibles, son las mismas que las de los otros conductos igualmente afectados.

5.° *Cálculos en el conducto colédoco.*—Cuando los cálculos biliarios atraviesan el conducto colédoco determinan síntomas los mas constantes y los mas numerosos, y apropósito de su introduccion en este último conducto de la bílis, hablaremos en general de esos accesos de dolores que pueden resultar, como vamos á ver, del paso de los cálculos al través de los demás conductos, y que se han designado con el nombre de *accesos de cólico hepático.*

CÓLICO HEPÁTICO.

Invasion.—Algunas veces se anuncian estos accesos con mas ó menos tiempo de anticipacion y por diversos síntomas, y los principales son: una sensacion dolorosa mas ó menos intensa en el hipocondrio derecho y que puede estenderse á mayor ó menor distancia; el estreñimiento, el color ictérico de la orina, y á veces un principio de tinte ictérico en la cara. Pero en otros casos cuya proporcion es imposible fijar, nada hay que pueda hacer preveer la aparicion del cólico hepático.

(1) *Lug. cit.*, p. 34.

Síntomas del cólico hepático.—La enfermedad se anuncia en tódos los casos por un *dolor* ordinariamente muy intenso y que algunas veces hasta llega á hacer perder el conocimiento á los enfermos. La mayor parte de estos adoptan posturas sumamente variadas para evitar el dolor, ya doblando el tronco hácia delante, ya atravesándose en la cama, ya, en fin, haciendo movimientos desordenados con la esperanza de obtener algun alivio.

Como sucede con todos los dolores, los enfermos aprecian de muy diversos modos el que constituye el cólico hepático, comparándole unos á una sensacion de quemadura, otros á la que ocasiona una dislaceracion, á un pellizco, una picadura violenta, etc. Su *asiento principal* es por debajo de las costillas falsas derechas, detrás del músculo recto; pero no es raro observar que se irradia en diversos sentidos, se estiende al epigastrio, al hipocondrio izquierdo, á los lomos, y aun lo que es mucho mas interesante para el diagnóstico, sigue el trayecto de la uretra, lo mismo que pudiera hacerlo un dolor causado por la presencia de un cálculo urinario que se hubiese introducido en el ureter. Wepfer colocaba el asiento principal de este dolor al nivel del apéndice sifoides, pero se le ha observado con frecuencia ocupando partes bastante distantes de este apéndice.

En ciertos casos se ha notado, además del *dolor espontáneo*, un *dolor manifiesto á la presion* al nivel del punto afectado, á veces tan vivo que los enfermos apenas podian sufrir que los tocasen. Otras veces se ha dicho, por el contrario, que la presion podia calmar los dolores; pero no se ha distinguido si era una presion estensa, por ejemplo, la que se ejerce echándose sobre el vientre, ó la que solo alcanzase á una porcion reducida, lo que seria realmente importante.

En cierto número de enfermos se presenta tan solo un *acceso único*, cuya duracion varía, que en muchos casos no pasa de algunos minutos, y en otros se prolonga por muchas horas, volviendo en seguida todo al estado normal, y sin que quede mas vestigio de la enfermedad que un dolor contusivo en el hipocondrio derecho. En tales casos es lícito admitir que un cálculo introducido en los conductos biliarios se ha abierto paso hasta el intestino; en efecto, se halla casi siempre la concrecion en las materias evacuadas poco tiempo despues del acceso. Cuando no se puede encontrar el cálculo, se cree que despues de haber penetrado en el principio del conducto cístico, ha vuelto á entrar en la vejiga de la hiel; pero este hecho no está perfectamente demostrado.

Por el contrario, en el mayor número de casos hay varios de estos accesos que constituyen un verdadero *ataque*, accesos que se presentan con intervalos variados que no exceden por lo comun de algunas horas, y suelen ser tan sumamente intensos que los enfermos piden la muerte y se hallan en un estado de *escitacion* y *agitacion* muy manifiestos. Entonces es cuando se observan *síntomas nerviosos* variados, como *vértigos*, *delirios*, *convulsiones*, y es cuando el *síncope*,

cuya existencia ya hemos indicado, puede ser tan completo que cueste trabajo hacerle cesar aun con los medios mas activos. Duparcque (1) ha señalado una forma notable que se distinguirá por una especie de semi-epilepsia del costado derecho.

En las *vias digestivas* se observan igualmente, durante los accesos, síntomas muy diversos, como son la sequedad de la boca y de la faringe, eructos, náuseas y *vómitos* compuestos unas veces de mucosidades y otras de bílis. Los enfermos desean bebidas frescas, y por lo comun se observa que el *estómago se halla distendido* por gases, lo que ha hecho decir á Stark, que la tumefaccion de la region epigástrica era un carácter esencial del cólico hepático, asercion que no es exacta, pues un gran número de observaciones prueban que el hecho dista mucho de ser constante. Al mismo tiempo hay tal *ansiedad precordial* que los enfermos separan con violencia las ropas que pesan sobre la base del pecho. Algunas veces se observan *latidos epigástricos* violentos, dependientes sin duda del impulso que comunican las arterias al estómago distendido. En estos casos la *respiracion* parece difícil y es frecuente, corta y suspirosa.

En el abdómen el fenómeno mas notable y mas constante es un *estreñimiento* que es difícil vencer, porque así los purgantes como las bebidas son prontamente arrojadas por los vómitos; sin embargo, algunas veces se han observado *deposiciones biliosas* bastante abundantes, y se ha creido que en tales casos el cálculo ocupaba el conducto cístico, dejando un paso libre á la bílis al través de los conductos hepático y colédoco.

El *pulso* permanece ordinariamente tranquilo, y hasta adquiere una lentitud desusada; pero si persisten los primeros síntomas y si la ansiedad es escesiva, se encuentra por lo comun el pulso pequeño, filiforme y miserable, y se observan tambien latidos del corazon mas ó menos violentos. El *calor* se halla ordinariamente concentrado en la region epigástrica, al paso que el resto del cuerpo está frio, principalmente hácia las estremidades. La *piel* está habitualmente seca, y se la ha observado algunas veces cubierta de un *sudor frio*, y en algunos casos raros ha llegado á ser el asiento de un *prurito* incómodo.

Finalmente, conviene indicar la *ictericia* de que hasta ahora no hemos hecho mencion, porque no existe siempre, pues su presencia depende de ciertas circunstancias. Por lo comun falta cuando solo se presenta un acceso corto, á consecuencia del cual el cálculo introducido penetra en el intestino. Puede igualmente faltar cuando el asiento del mal es en el conducto cístico, porque entonces queda todavía el paso libre á la bílis por los conductos hepático y colédoco. Pero existe casi constantemente cuando un cálculo permanece introducido durante cierto tiempo en uno de estos dos conductos, y con

(1) Duparcque, *Notice, etc. (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1859.)

especialidad en el último. Esta ictericia no ofrece nada de particular á no ser su coincidencia con la dilatacion de la vejiga de la hiel cuando el cálculo ocupa el conducto colédoco, que es el caso mas frecuente. Tendremos ocasion de volver á hablar de este asunto en el artículo destinado á la ictericia.

Esta descripcion de los accesos es comun á un número bastante grande de casos; pero sin embargo, *no es raro ver que faltan muchos de los síntomas precedentes*, y el ataque consiste á veces únicamente en las accesiones de dolor, que son las que particularmente le caracterizan. En algunos otros casos *la intensidad de todos los síntomas es infinitamente menos considerable* que lo que dejamos indicado; y por último, hay sugetos que han arrojado un gran número de cálculos con las cámaras *sin haber experimentado el menor accidente.*

La *terminacion de estos accesos* debe distinguirse de la de los ataques mismos, excepto en los casos en que solo hay una accesion única. Los accesos suelen terminar por la simple desaparicion de los síntomas que acabamos de indicar, sin que sobrevenga ningun fenómeno notable. El dolor va calmando por lo comun poco á poco, y á veces, por el contrario, de un *modo repentino*, de lo cual Nacquart ha citado un ejemplo que ha observado en sí mismo.

Cuando los accesos han durado poco, el padecimiento se disipa completamente ó casi completamente. *En el caso contrario* hay una sensibilidad mayor ó menor en la region epigástrica, y en algunos casos se ha visto que el acceso termina por un *sudor* variable en su abundancia, á veces amarillo y de olor desagradable. *Si el ataque no ha concluido* no se observa nada notable en las deposiciones, y los enfermos permanecen en un estado de abatimiento y aprension de que es difícil y hasta imposible sacarlos: la ictericia no se disipa, y las funciones digestivas se efectúan de un modo penoso.

La *causa próxima* de estos accesos que se reproducen con intervalos variables constituyendo los ataques, se encuentra ó en el paso sucesivo de muchos cálculos al través de los conductos biliarios, ó lo que es infinitamente mas frecuente, en la marcha de una sola de estas concreciones, que se efectúa, por decirlo así, á sacudidas. En este último caso, habiendo adquirido el cálculo derecho de domicilio, por decirlo así, despues de su entrada en el conducto, y habiéndose habituado el conducto á la dilatacion, avanza de nuevo la piedra empujada por la bílis, y entonces sobrevienen nuevos accidentes que terminan del mismo modo, y así sucesivamente hasta que el cálculo haya llegado al duodeno.

La *terminacion del ataque* se verifica ordinariamente por la cesacion mas ó menos pronta del dolor, por la desaparicion de la ansiedad, del calor epigástrico, etc., sin otros fenómenos apreciables, y al cabo de dos ó tres dias se encuentran *entre las heces ventrales uno ó mas cálculos biliarios.* No obstante, en algunos casos una *deposicion de vientre biliosa,* abundante, y *en la cual se encuentran los*

cálculos, es la señal de la desaparicion de todos los síntomas y de que el ataque ha terminado. Si hay ictericia se observa que desaparece rápidamente, y si este fenómeno se hallaba aun en sus principios, recobra la piel su color ordinario en pocas horas.

Cuando el ataque no ha sido muy violento ó de larga duracion, los enfermos pueden entregarse al cabo de algunos dias á sus ocupaciones ordinarias; pero por lo comun vuelven á sufrir en épocas muy variables nuevos ataques que dan orígen á los mismos síntomas.

Cuando los ataques son muy fuertes pueden dejar en pos de sí un *estado de languidez y de debilidad* que dura por bastante tiempo; pero cuando duran mucho es cuando principalmente experimenta la economía las alteraciones mas profundas. Entonces sobreviene un *desarreglo contínuo de las funciones digestivas*, que consiste en la anorexia, digestiones laboriosas, náuseas, vómitos y un estreñimiento pertinaz, cuyos síntomas van acompañados de un *enflaquecimiento manifiesto*, hay *insomnio* y *agitacion* por la noche, los enfermos se vuelven impertinentes y llegan hasta caer en la hipocondría.

En algunos sugetos, despues de haber ocasionado el cálculo un número mayor ó menor de los accidentes ya descritos, *permanece detenido en el conducto*, y, sin embargo, no se reproducen los accesos, que unas veces son sustituidos por un dolor sordo y contínuo, y otras no existe este ni ningun otro síntoma. Entonces sucede una de dos cosas: ó la bílis logra abrirse paso, bien sea por entre la concrecion y las paredes del conducto, bien por entre los intersticios de varios cálculos, como se ha demostrado por varias autopsias.

En otros casos, por fortuna muy raros, han sucumbido los enfermos en medio de un *síncope* producido por el esceso del dolor.

Los accidentes que pueden llamarse secundarios en el cólico hepático son muy interesantes; se reducen á las inflamaciones consecutivas y á la salida de los cálculos.

Las inflamaciones consecutivas se manifiestan desde luego en las vias biliarias, aisladamente ó en su conjunto; esto podria legitimar la creacion de una forma particular, la *angiocoleitis* calculosa. Los detalles en que hemos entrado nos excusan el describirla aparte. El hígado no sufre siempre impunemente la vecindad de trastornos que pasan en los conductos excretores, y de ordinario presenta en los enfermos que sucumbieron á una afeccion calculosa biliar de larga duracion señales de alteraciones que corresponden á la inflamacion crónica. Las observaciones de Frerichs (1) y la de un enfermo del profesor Hirtz, en el que Rheims (2) ha hallado una cirrosis atrófica del hígado, son las pruebas entre otras. Los órganos inmediatos á la vejiga ó los conductos dilatados no tardan en asociarse al trabajo infla-

(1) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, 2.ª édition. Paris, 1866, p. 839.

(2) Rheims, *De l'affection calculeuse du foie*, thèse de Strasbourg, 1862, número 639.

matorio que existe en las paredes de estos conductos: el peritoneo es el primer interesado, y este es uno de los modos segun los cuales puede producirse la peritonitis por extension de la inflamacion, lo cual sucedió en el caso de Rheims que acabamos de indicar. En las condiciones mas ventajosas, esta peritonitis permanece local, y solo da lugar á adherencias preservatrices, sea del lado de la pared abdominal, sea del lado de las vísceras en contacto con los conductos ó la vejiga.

Los accidentes de la emigracion ó salida de los cálculos dependen de las circunstancias en que se han efectuado las inflamaciones consecutivas en las vias biliarias y en las membranas y órganos vecinos. La manera mas simple, y al mismo tiempo la mas grave, es la perforacion por el cálculo de las paredes de la cavidad que le contiene, dando entrada en el peritoneo al contenido de los reservorios de la bílis: hemos citado ejemplos, y en ellos se han conocido las consecuencias. Si las adherencias han tenido tiempo de formarse, los cálculos pueden tomar la direccion del tegumento ó la de alguno de los órganos vecinos, y una vez introducidos en la via que deben seguir pueden recorrer muy grandes distancias, y tomar un camino no previsto. Hemos citado numerosos casos de cálculos que han salido por el hipocondrio y sobre todo por el ombligo (1); Mackinder (2) ha visto salir uno por la region iliaca derecha; Siry (3) al nivel de la region inguinal, y Huguier (4) delante del púbis. El trayecto de estas concreciones es entonces una fístula mas ó menos duradera, que será mas bien favorable á la salud que nociva, segun Dassit (5). En la direccion de las vísceras cercanas, se han visto cálculos remontarse á través del hígado y alojarse en la extremidad de una raicilla hepática (6); otras veces caer en el tronco ó las ramas de la vena porta, como Realdus Columbus la observó en un personaje famoso, Ignacio de Loyola (7); Mandard ha referido el hecho de un cálculo biliario que habia penetrado en el pulmon (8); otros se han introducido en el uréter derecho y han salido con las orinas (9). Estas son, á decir verdad, rarezas patológicas: es mucho mas comun encontrar las concreciones biliarias en las vias digestivas. Cuando llegan allí, franqueando por los solos esfuerzos de la naturaleza, el orificio duodenal del conducto colédoco, es, por decirlo así, la terminacion normal del ataque de cólico hepá-

(1) Véase Fauconneau-Dufresne, *Traité de l'affection calculeuse du foie et du pancréas*. Paris, 1851.
(2) Mackinder, *British medic. Journal*; 1858.
(3) Siry, *Bull. de la Soc. anat.*, 1858.
(4) Huguier, in Luton, *Nouv. Diction. de méd. et de chir. prat.* Paris 1866, t. V. art. BILIAIRES (VOIES).
(5) Dassit, *Considérations sur un cas remarquable d'hépatite avec fistule biliaire suivi de guérison* (*Bull. gén. de thérap.*, 15 y 30 de Setiembre, 1839, p. 188).
(6) Monneret *loc. cit.*, t. I, p. 678.
(7) Frerichs, *loc. cit.*, p. 832.
(8) Dehargues, *Les cololithes ou calculs biliaires*, thèse citee.
(9) Frerichs, *loc. cit.*, p. 832.

tico, pero no siempre es así; se han encontrado cálculos en el intestino ó en las heces, que eran evidentemente muy voluminosos para haber podido franquear el orificio duodenal del colédoco; habian debido pasar de este conducto al intestino perforando las adherencias establecidas desde el uno al otro. Esto es lo que ha sido admitido por Cruveilhier para el cálculo de 2 centímetros de largo por 1 centímetro y medio de diámetro observado por Herard (1) y arrojado por el ano; además Bourdon (2) ha referido un hecho positivo de un cálculo voluminoso caido en el tubo digestivo á través de las paredes de la vejiga adherentes y perforadas. Una vez en el tubo digestivo, los cálculos pueden detenerse en el estómago, y ser arrojados por vómito; es el caso mas raro: Fauconneau-Dufresne ha recogido ocho ejemplos tomados de Morgagni, Fr. Hoffman, Portal, Bouisson, Petit (de Vichy). Luton (3) ha visto uno en el museo de la escuela de Reims, que ha sido regalado, como arrojado por la boca: es del volúmen de una avellana gruesa. Mas ordinariamente los cálculos caminan hácia el recto, pero es necesario que sean arrojados por las materias fecales. Pueden, siendo muchos, aglomerarse y formar una masa considerable, como en el caso de Bermond (4), ó bien crecer en el intestino cubriéndose de nuevas capas, ó bien ser desde luego muy voluminosos, como Saunders y Frank los han visto; ó, en fin, introducirse en el apéndice vermicular del ciego; entonces determinan los accidentes de las obstrucciones intestinales ó de la peritiflitis. Neill ha citado un caso de obstruccion por un cálculo biliario aplicado á la válvula ileocecal (5); Peeble, un caso de íleo por la misma causa (6); Gros, el de un cálculo voluminoso detenido en la Siliaca (7). Frerichs ha observado dos veces estos accidentes de íleo, que otros habian ya señalado (8).

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de la enfermedad es crónico, y como ya dejamos dicho, solo se observan síntomas evidentes, á lo menos en los casos ordinarios, con intervalos mas ó menos distantes. Lo que hay de mas nota-

(1) Hérard, *Observation de foie ayant le lobe gauche volumineux et induré et produisant des battements aortiques à la paroi abdominale et un bruit de souffle (Bull. de la Soc. anat.*, 1850, p. 148).

(2) H. Bourdon, *Calcul biliaire d'un volume considérable tombé dans le tube digestif à travers les parois de la vésicule et du côlon transverse adhérentes et perforées (Union médic.*, 4 Junio 1859, t. II, p. 439).

(3) Luton, *Nouv. Dictionn. de médecine et de chirurgie prat.* Paris, 1866, art. BILIAIRES (VOIES).

(4) Bermond, *Lancette française*, 27 Febrero, 1834.

(5) Neill, *Liverpool med. chirurg. Journal*, Enero, 1858.

(6) Peeble, *Edinburgh med. Journal*, 1858.

(7) Gros, *Cacul biliaire volumineux arrêté par l'S iliaque (Bulletins de la Soc. anat.*, 1859, p. 359).

(8) Frerichs, *loc. cit.*, et Fauconneau-Dufresne, in *Union médic.*, Junio, 1859.

ble en esta afeccion es una intermitencia irregular producida por la introduccion mas ó menos frecuente de los cálculos en los conductos, por la distension de la vejiga ó por las diversas lesiones á que la sola presencia de estos cálculos puede dar orígen.

La *duracion*, considerada de un modo general, es ilimitada; la duracion de las accesiones de cólico hepático varía desde algunos minutos á muchas horas, y rara vez mas, y la de los ataques, que en algunos casos puede no esceder de la de un simple acceso, puede tambien prolongarse durante muchos dias.

La *terminacion* es muy variable en los diferentes casos. En un número bastante considerable de sugetos los cálculos no ocasionan ningun fenómeno particular, como ya dejamos dicho, y la enfermedad dura hasta la muerte, sobreviniendo esta á consecuencia de otra afeccion. En los casos en que la presencia de los cálculos produce la inflamacion de la vejiga, ó bien hay salida de estos cuerpos estraños al través de las paredes abdominales, y entonces termina la enfermedad como hemos espuesto en el artículo *inflamacion de la vejiga de la bilis*, ó se abre el absceso en el intestino ó en el estómago, y ya hemos dado tambien á conocer en el mismo artículo lo que sucede en estos diferentes casos. Apropósito de esto indicaré un hecho que me ha comunicado el profesor Louis, y en el cual, habiendo un cálculo del volúmen de una nuez producido la perforacion del intestino, dejó una comunicacion directa entre la vejiga y este órgano, comprobada por la resonancia gaseosa producida al nivel del receptáculo, en cuyo punto habia un tumor del mismo volúmen que el cálculo.

Ya hemos dicho antes de ahora que se habia atribuido la muerte á la inflamacion del conducto colédoco, causada por el paso de una concrecion biliaria al través de este conducto. La supuracion del hígado producida por la presencia de un cálculo en las raices del conducto hepático es igualmente una causa de terminacion funesta, y hallamos otra en la rotura de los diversos conductos y en la caida de los cálculos en el piroteneo, hechos de que hemos hablado ya lo bastante.

§ V.—Lesiones anatómicas.

La presencia de concreciones, aun en gran número, en la vejiga ó en los conductos biliarios no entraña necesariamente lesiones anatómicas en este aparato. Cuando existen estas lesiones, son las de la angiocoleitis aguda ó crónica, el reblandecimiento, las ulceraciones de la mucosa, ó su engrosamiento, el engrosamiento de toda la pared vascular y su induracion. Es bastante frecuente que, por consecuencia del contacto con los cálculos, la mucosa pierda su vellosidad y se vuelva lisa como una serosa: en algunos casos la superficie se vuelve áspera, reticulada, y presenta pequeñas cavidades en las cuales se fijan los cálculos; la túnica muscular se hipertrofia notablemente por

el desarrollo de fibras musculares; estas dos últimas modificaciones se hallan en la vejiga en casos análogos. Cuando la vejiga no contiene mas que un grueso cálculo, las fibras musculares están ordinariamente atrofiadas; en todos los casos es frecuente hallar el cuello de la vejiga obliterado, y esta cavidad no conteniendo sino concreciones y un líquido viscoso, ó una materia crasa grisácea. La obliteracion del cuello tiende á producir la atrofia de la vejiga. Los conductos se dilatan en general en cima del obstáculo y se obliteran debajo; los mismos resultados se han obtenido y de una manera durable por las ulceraciones y las cicatrices de las paredes de los conductos, consecutivas á la irritacion calculosa. Las paredes de diversos conductos son susceptibles, como las de la vejiga, de alojar cálculos en las anfractuosidades accidentales. Dolbeau (1) ha presentado á la sociedad anatómica un cálculo engastado en las paredes del conducto cístico.

Fuera del aparato biliar, se hallan todas las lesiones que han producido los síntomas secundarios mencionados precedentemente: las adherencias, las perforaciones, los trayectos fistulosos en sentidos diversos, las alteraciones del hígado, la inflamacion de la vena porta, la peritonitis.

En la mayor parte de los casos, y con especialidad en aquellos en que á pesar de la existencia de los cálculos el flúido biliario ha podido continuar su curso con bastante libertad, no ofrece este líquido ninguna alteracion apreciable; pero algunas veces parece mas espeso, mas viscoso, y se han hallado en él porciones como pajitas brillantes de colesterina; por el contrario, en otros la bílis está descolorida y es muy flúida y parecida á la serosidad.

Los mismos cálculos son el punto mas curioso de la anatomía patológica. Rara vez se halla uno aislado, ordinariamente se hallan en *número* de 5, 10, 30 y hasta el de muchos millares. Morgagni ha contado 3000 en una vejiga, Hoffman 3646. Segun Frerichs (2) la coleccion de Otto tiene una vejiga, que contiene 7802, y el mismo ha hallado 1950 en una mujer de sesenta y un años. Su *volúmen* varía desde el de un grano de mijo hasta el de un huevo de gallina; el mas voluminoso de los que se conocen ha sido descrito por Meckel, y tenia 15 centímetros de largo y 12 de circunferencia. En cambio se ven arenillas que están alguna vez como inyectadas en las raicillas del conducto hepático. Cuando el cálculo es único, su *forma* es muy frecuentemente olivar por estar amoldado á la vejiga; cuando dos cálculos se tocan, las superficies de contacto son lisas ó excavadas. La figura 44 fijará las ideas sobre este doble detalle.

Otros cálculos son mamelonados; algunos ramificados y aun tubulados. Glisson los ha visto tales en el buey. Cuando son en

(1) Dolbeau, *Observation d'un cacul biliaire engagé dans le canal cystique (Bull. de la Soc. anat.*, 1854, p. 336).

(2) Frerichs, *Traité prat. des maladies du foie et des voies biliaires*, 2.ª édition, *loc. cit.*, p. 709.

gran número, son de formas poliédricas mas ó menos regulares debidas al aplastamiento ó desgaste de las superficies en el punto de contacto. Esta es la forma vulgar. El color es con mas frecuencia moreno ó amarillo verdoso. Se los ha visto negros, blancos, de un rojo de granate (1), azules (2), algunos semitrasparentes ó brillantes y nacarados como las perlas, ó tambien presentando el aspecto metálico.



Fig. 44.—Dos gruesos cálculos articulados. (Frerichs, fig. 158, p. 821.)

Su densidad es poca, bien que no sobrenadan jamás en el agua, aun cuando están compuestos únicamente de colesterina, á menos que no estén notablemente desecados.

Son untuosos al tacto, muy friables, y muchas veces son inflamables. En cuanto á la *extructura*, hay concreciones que forman masas homogéneas (cálculos simples), otras que tienen un núcleo, capas concéntricas y una corteza. El núcleo está, en general, formado de colepirrina y de cal ligadas por el moco. Mas rara vez está representado por un cuerpo extraño. Bouisson ha hallado un pequeño coágulo sanguíneo; Lobstein, una lombriz muerta y desecada; Mauche (3), una aguja; Lacarterie (4) y Beigel (5), glóbulos de mercurio; Frerichs (6) y Fuchs, un hueso de ciruela; Bouisson, en el buey, un fragmento de distoma hepático. Un cálculo muy pequeño forma á veces el núcleo de uno mas grueso, este caso está representado en la figura 45. En fin, hay cálculos con muchos núcleos; Fauconneau-Dufresne y Guilbert los han visto de este género.

Las *capas medianas* están dispuestas concéntricamente y presentan estrias radiadas del centro á la periferia (véanse las figuras 45 y 46).

La corteza es de mas ó menos espesor, frecuentemente rugosa ó mamelonada. Tiene diferente composicion que el centro del cálculo.

Composicion química.—La colesterina entra como elemento principal en todos los cálculos, y forma enteramente cierto número, por ejemplo, los que son inflamables; las materias colorantes, la colepirrina y sus compuestos vienen en seguida, despues las sales de cal formadas con los ácidos de la bílis, glucocolato y colato de cal, el mo-

(1) Luton, *Nouv. Dict. de méd, et de chir. prat.* Paris, 1866, t. V, art. Biliaires (Voies).
(2) Martin Schurigius, cité par Leroy (d'Étiolles) fils, *Traité pratique de la gravelle et des calculs urin.* Paris, 1864, p. 161.
(3) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, 2.ª édition, p. 812.
(4) Lacartiere, *Gazette de santé*, 15 Abril 1827.
(5) Beigel, *Wien. medicin. Wochenschrift*, 1856.
(6) Frerichs, *loc. cit.*, p. 713.

co, el epitelio y algunas materias minerales. Los detalles que este artículo no comprendiere se hallarán en los trabajos de Fourcroy, de Baillie (1), Marcel (2), Bouisson (3), Fauconneau-Dufresne (4), Cl. Bernard (5), y Frerichs (6).

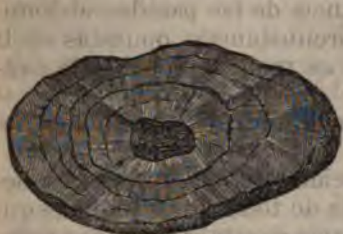


Fig. 45.—Cálculo de capas concéntricas y dispuestas en forma radiada, que contiene una concrecion mas pequeña que sirve de núcleo. (Frerichs, fig. 156.)



Fig. 46.—Cálculo en forma radiada y estratificada en una de sus extremidades. (Frerichs, fig. 157.)

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Los cálculos biliarios quedan casi necesariamente ignorados si no dan lugar al cólico hepático, ó al menos á los signos de la angiocoleitis.

Seria necesario que formasen un tumor muy apreciable en el hipocondrio, para que llamasen la atencion del enfermo, y fuesen reconocidos por medio de la palpacion. Mas entonces ya habria allí alguna manifestacion inflamatoria.

La comprobacion de los signos de la angiocoleitis no establece aun mas que presuncion en favor de la presencia de los cálculos en las vias biliarias.

El conjunto, en los diversos grados de los síntomas descritos bajo el nombre de *cólico hepático*, es la sola base conveniente del diagnóstico de los cálculos: esta es la que es necesario saber reconocer.

Hemos procurado, en la sintomatologia, marcar los rasgos esenciales del cólico hepático. El *dolor*, que es el carácter predominante

(1) Baillie, *Anatomie pathologique*.
(2) Marcet, *Essai sur les affections calculeuses*. Paris, 1823, in-8.
(3) Bouisson, *De la bile, de ses variétés physiologiques, de ses altérations morbides*. Montpellier, 1843, in-8.
(4) Fauconneau-Dufresne, *Revue médicale*, 1841; *La bile et ses maladies (Memoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1847, t. XIII).
(5) Claude Bernad, *Leçons sur les propriétés physiologiques et pathologiques des liquides de l'organisme*. Paris, 1859, t. II, p. 188 et suiv.
(6) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliares*, 2.ª édition. Paris, 1866, p. 704.

es de ordinario el motivo por el cual se le confunde con otras afecciones.

En los primeros momentos puede tomarse por una peritonitis, y sobre todo por una peritonitis por perforacion; en atencion al dolor brusco, á la ansiedad, á los vómitos; el error no será duradero en presencia de la calma del pulso, de la tolerancia de las paredes abdominales para las maniobras exploradoras, circunstancias opuestas en la peritonitis, y si sobreviene la ictericia es menos probable la confusion.

Se ha dicho tambien que el *íleo* podia confundirse con el cólico hepático.

Dos enfermos que nunca habian padecido ictericia ni dolores hepáticos se sintieron acometidos de repente de todos los fenómenos que revelan la estrangulacion interna, y todavía se estaba en dudas acerca de la naturaleza de la enfermedad, que, sin embargo, se curaba como si fuera un íleo, cuando los dolores cesaron de pronto en uno de ellos á consecuencia de la expulsion de cálculos por el vómito, y en el otro se presentó una ictericia y quedó enteramente libre de su enfermedad (Monneret y Fleury).

Independientemente de los signos propios del cólico hepático y de los resultados de la exploracion del hipocondrio derecho, si se trata de la *invaginacion intestinal*, sirven para fijar el diagnóstico la deformidad del vientre, el tumor y el dolor en un punto del abdómen. Si hay *atascamiento intestinal* se observa igualmente el tumor formado por la acumulacion de las materias fecales, y tenemos además para servirnos de guia el curso mas lento de la enfermedad. Queda únicamente la *estrangulacion interna* propiamente dicha, y sobre todo *la que resulta del paso de una asa de intestino por debajo de una brida*. En este caso el fenómeno que mas interesa notar bajo el punto de vista del diagnóstico es la meteorizacion rápida del vientre.

Entre las neuralgias que pueden hacer el diagnóstico difícil, se ha citado tambien la *neuralgia hepática*. Ciertos casos de cólico hepático son acusados por los enfermos á título de calambres del estómago. Así Trousseau (1) y Frerichs (2) han juzgado útil indicar su diagnóstico diferencial con la *gastralgia*. En esta, el dolor lo sienten los enfermos precisamente en el epigastrio, vuelve con intervalos separados de la comida. La *colalgia*, sobre la cual Trousseau ha llamado la atencion, se distingue en que el dolor se localiza por mas tiempo hácia el hipocondrio izquierdo.

Las producciones cancerosas, interesando las vias biliarias ó los órganos vecinos, los entozoarios en los conductos, pueden dar lugar á verdaderos accesos de cólico hepático. La observacion VI de Fre-

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.ª édition, t. III, p. 221.
(2) Frerichs, *Maladies du foie*, 2.ª édition, p. 834.

richs (1) es la de un cáncer de la cabeza del páncreas, que habia sido diagnosticado *cólico hepático* por concreciones biliarias en el duodeno. Briquet (2), habiendo notado en una mujer acometida de ictericia verdosa la existencia en el borde inferior del hígado, de un tumor redondo, fluctuante, con granulaciones bastante voluminosas, habia diagnosticado: *Cálculos detenidos en los conductos;* retencion biliar. Se hizo la puncion de la vejiga. Mas tarde el enfermo murió, y no se le halló ningun cálculo, sino un cáncer del páncreas envolviendo el conducto colédoco. Duparcque ha visto un cáncer del píloro determinando iguales ilusiones. Trousseau (3) cita un caso de la asistencia de Lasegue y uno de la suya en los que las idátides del hígado, habiendo venido á alojarse en los conductos biliarios, habian determinado accesos de cólico hepático. Segun el mismo autor, hechos numerosos reunidos por Bonfils (4), prueban que estos accesos pueden ser exactamente reproducidos por las ascárides lumbricoides en los conductos de la bílis. Despues hallaremos ejemplos de esta particularidad clínica.

Trousseau enuncia tambien la posibilidad de una confusion con ciertas formas de hepatitis aguda, en las cuales el dolor es intermitente, y que se acompañan de ictericia.

Resta, por último, el *cólico nefrítico*. Aquí pueden ser muy grandes las dificultades, sobre todo cuando los dolores dependen de la introduccion de una arena voluminosa en el ureter, porque el dolor se presenta de pronto, tiene los mismos caractéres y es igual la ansiedad del enfermo. Por otra parte, ya hemos dicho antes de ahora que en algunos casos los dolores del cólico hepático se estienden precisamente en la direccion del ureter del lado derecho. Hé aquí, sin embargo, los signos que podrán hacernos evitar el error.

En primer lugar, si bien es cierto que algunas veces la direccion y la estension del dolor son las mismas en ambas enfermedades, no lo es menos que estos casos son sumamente raros. En segundo lugar, si se interroga convenientemente al enfermo, se vendrá en conocimiento de que en épocas anteriores ha espelido con la orina arenillas mas ó menos numerosas y voluminosas. Se observa tambien la retraccion del testículo, la orina es escasa, su escrecion por lo comun difícil, y á veces se encuentra en ella un poco de sangre: y finalmente, en los casos en que existe una nefritis calculosa, se presentará un movimiento febril, que no existe en el cólico hepático. Por otra parte, ya hemos dicho que la ictericia es un fenómeno frecuente en esta última dolencia, al paso que nunca se la observa en el cólico nefrítico.

Otro diagnóstico ha establecido J. Frank, á saber: el que algunas

(1) Frerichs, *Maladies du foie*, 2.ª édit., p. 140.
(2) Briquet, *Gazette des hôpitaux*, 1861, n.º 38.
(3) Trousseau, *Clinique médicale*, t. III, p. 222.
(4) Bonfils, *Archives générales de médecine*, Junio, 1858.

veces hay necesidad de hacer entre el cólico hepático y la *intoxicacion por los venenos minerales*.

En el cólico hepático hay prodromos, el vómito es moderado, y aparece por accesos, el dolor se limita al hipocondrio y al epigastrio, las materias evacuadas no presentan vestigios de veneno, y los comensales del enfermo no han experimentado ningun accidente; al paso que en el envenenamiento la invasion es repentina, los vómitos son contínuos é inmoderados y el dolor del vientre es general. Además las materias contienen restos de veneno, y los que han comido con el enfermo experimentan los mismos accidentes.

En último término, no olvidemos que el diagnóstico queda incompleto, mientras que el enfermo no ha arrojado algun cálculo ó fragmento de cálculo; es indispensable examinar atentamente las materias fecales; recibirlas sobre un tamiz apretado; diluirlas y lavarlas en mucha agua, segun lo recomiendan Trousseau y Frerichs. Este es el solo medio de obtener un carácter absoluto para el diagnóstico. Con este objeto á veces es bueno estar prevenido de que las concreciones grasosas pueden hacerse pasar por cálculos biliarios; Fauconneau-Dufresne señala dos casos de esta naturaleza tomados de Pujol y Bourdois; Foucart (1) ha estudiado estas producciones con cuidado.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° *Signos distintivos del cólico hepático y de la peritonitis por perforacion.*

CÓLICO HEPÁTICO.	PERITONITIS POR PERFORACION.
Se presenta por *accesos*.	Síntomas *contínuos*.
Va acompañado mas ó menos pronto de *ictericia*.	*No hay ictericia.*
El dolor ocupa el hipocondrio y el epigastrio, *el vientre permanece sin dolor*, ó solo adquiere cierta sensibilidad á la presion por lo comun moderada.	Dolores muy intensos en el punto de la perforacion, *que se estienden con rapidez* al resto del abdómen.
Pulso *por lo comun sosegado*, á no ser que la ansiedad se prolongue por mucho tiempo.	Pulso *muy acelerado*, pequeño y miserable.

2.° *Signos distintivos del cólico hepático y del íleo.*

CÓLICO HEPÁTICO.	ÍLEO.
Afeccion *por lo comun repentina*.	Síntomas muy graves, *precedidos* ordinariamente *de un estado morboso* de duracion mas ó menos larga.
Ictericia.	*No hay ictericia.*

(1) Foucart, *Revue médico-chirurgicale de Paris*, 1850.

No hay deformidad del abdómen, *ni tumor.*	*En la invaginacion intestinal y en el atascamiento*, tumor y *deformidad del vientre;* en la *estrangulacion* por una brida, *meteorismo* ordinariamente rápido.

3.° *Signos distintivos del cólico hepático y de la intoxicacion por los venenos minerales* (diagnóstico establecido por J. Frank).

CÓLICO HEPÁTICO.	ENVENENAMIENTO.
Prodromos (signo dudoso).	Invasion *repentina.*
Vómitos *moderados* que aparecen *por accesos.*	Vómitos *inmoderados* y *contínuos.*
Dolores que se estienden del *hipocondrio derecho al epigastrio.*	Dolor *general* del vientre.
Las materias espelidas *no* contienen *vestigios de veneno.*	*Restos de veneno* en las materias arrojadas.
Los que han comido con el enfermo no experimentan *ningun accidente.*	Los que han comido con el enfermo experimentan los *mismos accidentes.*

4.° *Signos distintivos del cólico hepático y de las visceralgias.*

CÓLICO HEPÁTICO.	VISCERALGIAS.
Dolor un poco despues de la comida, *localizado* en el borde inferior del hígado.	Dolor inmediatamente ó bastante despues de la comida, *localizado* en la region epigástrica (gastralgia), ó en el hipocondrio izquierdo (colalgia), ó en el hipocondrio derecho (hepatalgia).
Ictericia. Cálculos en las materias fecales.	*Nada de ictericia*, á no ser en la hepatalgia (afeccion rara); nada de cálculos en las materias fecales.

Pronóstico.—Los accidentes que hemos descrito se presentan en el mas corto número de casos de cálculos biliarios, y casi siempre terminan por el restablecimiento de la salud. Solo en casos que pueden considerarse como escepcionales, las lesiones concomitantes del hígado, la inflamacion de la vejiga y la rotura de los conductos ocasionan la muerte: pero basta, sin embargo, que pueda efectuarse esta terminacion para que despues del primer ataque de cólico hepático se someta el enfermo á las precauciones mas severas.

La gravedad de la afeccion depende de su disposicion á las recidivas, que renuevan cada vez el riesgo de las complicaciones, y que por la aproximacion y prolongacion de los ataques producen la languidez de los enfermos.

§ VII.—Tratamiento.

1.° *Afeccion calculosa.*—Fauconneau-Dufresne (1) establece del modo siguiente las dos indicaciones principales que hay que llenar para conseguir este objeto:

1.ª Disolver los cálculos que existen en las vias biliarias.

2.ª Impedir que se formen otros nuevos.

Eter y trementina.—Entre los medicamentos que se han prescrito contra los cálculos biliarios, debemos citar primeramente el *remedio de Durande* (2) á causa de la celebridad de que ha gozado. Este remedio es el siguiente:

Remedio de Durande.

R. Esencia de trementina............. 8 gram.
Se disuelve en
Eter sulfúrico.................. 12 gram.
Se toma á la dósis de 2 á 4 gramos (½ á 1 dracma) al dia en caldo.

Despues de la administracion del remedio, que se toma por la mañana, se hace beber al enfermo suero ó caldo de ternera con suficiente cantidad de jarabe de achicorias ó de violetas, y se debe continuar el uso de este medio hasta que se hayan tomado *quinientos gramos* (16 onzas) de la mezcla de eter y trementina. Si se presenta un dolor manifiesto en la region hepática, ó signos de irritacion del estómago, se debe suspender la administracion del medicamento.

Al mismo tiempo se debe prescribir un *régimen suave*, compuesto de carnes blancas asadas ó cocidas, de frutas, legumbres frescas y bebidas diluentes, y luego que hayan desaparecido los principales signos de la existencia del cálculo, se termina el tratamiento por la administracion de algunos purgantes ligeros.

Martin Solon (3) ha modificado la fórmula de Durande del modo siguiente:

R. Esencia de trementina.. 10 gram. | Eter...................... 5 gram.

La fórmula de Durande ha sido naturalmente muy ensalzada por su inventor; ha merecido la aprobacion de hombres como Haller, Sœmmerring, Fourcroy, y muchos médicos la han empleado y emplean aun. Pero bien se puede decir que su favor ha sido debido á las ideas teóricas poco maduradas, y que su empleo actual es debido á la rutina, ó bien al defecto de otro medio mejor. La aplicacion de esta

(1) Fauconneau-Dufresne, *Mémoire sur la bile et ses maladies (Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris 1847, t. XIII).
(2) Durande, *Observations sur l'efficacité du mélange d'éther sulfurique et d'huile de térébentine, etc.* Strasbougr, 1790.
(3) Martin Solon, *Bulletin générale de thérapeutique*, 15 Abril, 1840.

fórmula al tratamiento de los cálculos biliarios descansa en el hecho químico de la solubilidad de la colesterina en el eter y en la trementina; luego, la disolucion no se opera ya sino difícilmente en un vaso de experimentos con un grande esceso de disolvente: ¿puede tener lugar para los cálculos detenidos en los conductos y reservorio de la bílis, donde el disolvente no podrá estancarse, ó donde no penetra, segun toda verosimilitud? Esta objecion hecha por Thenard (1) es reproducida por Fauconneau-Dufresne, Monneret, Trousseau y Frerichs: si alguna vez el remedio de Durande ha curado el cólico hepático, es, segun Thenard, por la accion antiespasmódica del eter, y favoreciendo el curso de la bílis, segun Trousseau. Ademas es raro que este medio se haya empleado solo.

Se ha achacado al remedio de Durande el defecto de producir una irritacion mas ó menos intensa del estómago, y que era espulsado por el vómito, como ha sucedido en los casos que ha observado el doctor Bricheteau. Para evitar estos inconvenientes ha propuesto Sœmmerring que se suprima la esencia de trementina, que le parece inútil, y que se administre tan solo una *mezcla de eter sulfúrico y de yema de huevo*; y Gardane, á quien cita Fauconneau-Dufresne, ha aconsejado la preparacion siguiente, que conservando la esencia de trementina, no tiene, segun este profesor, los inconvenientes anteriormente indicados.

R. Jarabe de altea..........	45 gram.	Esencia de trementina..	6 á 10 gram.
Agua destilada.........	15 gram.	Eter sulfúrico.........	8 gram.

Mézclese. Se toma una cucharada todas las mañanas.

El doctor Rinna von Sarenbach (2) ha recomendado un remedio que puede aproximarse al que precede, y que se ha administrado tambien con el objeto de obtener la curacion radical de los cálculos biliarios como con el de corregir los cólicos hepáticos, y consiste en una *mezcla de trementina, jabon, ruibarbo y cicuta acuática*. Creo suficiente indicar este medio, respecto al cual no nos ha ilustrado todavía bastante la experiencia.

Lo mismo digo del *jabon trementinado*, que recomienda José Frank (3), y que se obtiene del modo siguiente:

R. Aceite de almendras dulces..............	aa 30 gram.	Aceite de trementina....	20 gram.
Trementina...........		Sosa cáustica...........	30 gram.

Lícuese la trementina con el aceite de almendras dulces, y despues de un ligero enfriamiento, añádase el aceite de trementina, y despues poco á poco la sosa reducida á polvo muy fino, hasta que se obtenga una masa jabonosa. Si predominase el álcali, se le añade aceite de trementina en cantidad necesaria para saturarle.

(1) Thenard, *Traité de chimie*, t. III.

(2) Rinna von Sarenbach, *Repert. der vorzüglichsten Kurarten, Heilmittel.*, etc. Wien 1835.

(3) Jos. Frank, *Praxeos medicæ universæ præcepta*, pars III: *De calcul. bil.* Lipsiæ, 1841.

Para administrar este medicamento se toma:

R.	Jabon trementinado.... 4 gram.	Extracto de diente de leon... 30 gram.

Mézclese exactamente, y háganse píldoras de 15 centígramos (3 granos). Se toman de cuatro á ocho dos veces al dia.

Cloroformo.—Si los cálculos pudiesen ser disueltos *en la vejiga*, el remedio de Durande cesaria de ser el disolvente que se debiese elegir. Corlieu (1), ha hecho notar que existe un disolvente mas enérgico, el cloroformo: ha disuelto cálculos del mismo peso y volúmen, arrojados por un mismo enfermo:

En el cloroformo en....................	1 hora 1/4
En eter..............................	2 h. 1/2
En la medicina de Durande.............	5 h.
En la trementina......................	9 h.

Este juicioso observador se guarda, sin embargo, de considerar al cloroformo como un disolvente *fuera de la probeta*, y no atribuye los efectos que ha obtenido en un caso grave con este agente, dado en un jarabe, mas que á sus propiedades anestésicas.

Bouchut (2) ha llegado á resultados de laboratorio idénticos, y los experimentos comparativos de Gobley (3) han hecho resaltar aun mas la aptitud del cloroformo para disolver la colesterina. Bouchut ha conseguido, en un caso, curar dando el cloroformo al interior; nada prueba en esta observacion que los cálculos hayan sido realmente disueltos. Da de 1 á 2 gramos de cloroformo por dia durante un mes bajo la forma de tisana:

R.	Cloroformo............... 1 gram.	Agua .... 1000 gram.
	Alcohol .... 7 gram.	

O en una botella de agua de Vichy, ó bajo la forma de jarabe:

R.	Cloroformo .... 10 gram.	Jarabe simple........... 500 gram.
	Alcohol................. 80 gram.	

Para tomar á cucharadas tres á seis en las veinticuatro horas.

O en fin, en pocion, en un julepe gomoso, 1 gramo de cloroformo en 8 gramos de alcohol.

Alcalinos.—La colesterina y la colepirrina son solubles en una bílis sumamente alcalina y de hecho se han hallado cálculos disueltos en los conductos y en la vejiga (4). Por esto se comprenderá cómo

(1) Corlieu, *Considérations sur les calculs biliaires et leur traitement (Gazette des hôpitaux*, 1856, p. 287).

(2) Bouchut, *Du chloroforme à l'intériur contre les calculs biliaires, etc. (Bull. gén. de thérap.*, 1861, p. 49*)*.

(3) Gobley, *Notes sur les meilleurs dissolv. des calc. bil. (Bull. gén. de thérap.*, 1861, p. 264.)

(4) Véase Barth, *Sur la guérison spontanée de l'affect. calcul. du foie (Gaz. méd.*, 1854.)

la idea de Hoffmann de emplear los álcalis contra las concreciones biliarias ha podido retoñar. Se han utilizado en forma de medicamentos alcalinos, ó en el estado de aguas minerales alcalinas.

Arnemann daba el carbonato de potasa á la dósis de 2 á 4 gramos, mañana y tarde; Bouchardat recomienda las sales alcalinas con los ácidos vegetales, como el acético y el cítrico; ó bien se asocia al carbonato de potasa el ruibarbo, el aloes, el jugo de yerbas. Véase, por ejemplo, una fórmula para emplear el jugo fundente alcalino.

Zumo de yerbas fundente alcalino.

R. Achicorias ...... } aa partes iguales. | Lechuga........ } aa partes iguales.
Diente de leon... } | Perifollo........ }

Para obtener 120 gramos (4 onzas) de zumo de yerbas, al que se añade

Acetato de potasa.................. 4 gram.

Se toma en dos veces por la mañana en ayunas.

Sœmmerring tenia gran confianza en las sales alcalinas y prescribia el *hidroclorato de amoniaco*, de *sosa* ó de *potasa*, ó bien el *acetato de potasa*. R. Whytt recomendaba el uso del *agua de cal*, que puede darse á la dósis de 4 á 8 gramos (1 á 2 dracmas), dos veces al dia en una taza de leche.

Carlsbad y Vichy (aguas bicarbonatadas sódicas segun la clasificacion de Durand-Fardel) (1), representan el tipo de las aguas alcalinas á las cuales pueden ser enviados los enfermos que sufren de cálculos biliarios (2). Ems, Marienbad, Eger, Muhlbrunnen, Vals, Pougues, Contrexéville, responden á la misma necesidad, segun ciertas indicaciones particulares. Willemin (3) ha referido 121 casos de cólicos hepáticos tratados por las aguas de Vichy. Segun este observador, son necesarias dos ó tres temporadas en Vichy para curar. Con bastante frecuencia durante la cura sobreviene una crísis de cólico con un poco de hepatitis. Despues de la cura es necesario de tiempo en tiempo volver á la medicacion alcalina, y despues de dos ó tres años de inmunidad, volver á tomar las aguas naturales desde el momento que aparezcan dolores sordos en el lado del hígado. Trousseau aconseja no abusar de los alcalinos, medicamentos de larga fuerza, dice él, y que obran aun seis, siete y tambien diez meses despues que se ha cesado en su uso.

Electricidad.—Abeille (4) ha dado á conocer un caso de cólico he-

(1) Durand-Fardel, *Dictionnaire général des eaux minérales et d'hydrologie médicale*. Paris, 1860.

(2) Ch. Petit, *De l'action des eaux minérales de Vichy, etc.*, Paris 1850; et Frerichs, 2.ª édition. *loc, cit.*, p. 337.

(3) Willemin, *Des coliques hépatiques et de leur traitement par les eaux de Vichy*. Paris, 1863.

(4) Abeille, *De l'électricité comme moyen d'accélérer l'élimination des calcus ou concrét. bil.* (*Gazette des hôpitaux*, 1862, p. 154).

pático, para cuyo tratamiento tuvo la idea de emplear la electrizacion por corrientes contínuas aplicadas á los miembros y á las paredes torácicas: despues de dos dias de este tratamiento, el enfermo, que habia tenido muchas deposiciones copiosas, arrojó una concrecion del tamaño de un huevo de perdiz.

En 1821, el doctor Hall habia ensalzado los buenos efectos de la electricidad en la misma afeccion (1).

Movimientos, masajè.—Se puede poner en práctica la *vectacion*, la *equitacion* recomendada por Musgrave, la *navegacion*, las *fricciones*, y la *percusion* sobre el hipocondrio, las *duchas* y el masaje empleados por Barth.

Tales son los principales medios que se han propuesto para hacer desaparecer completamente los cálculos, pero ya hemos dicho en el curso de esta exposicion cuán incierto es el que se haya logrado algunas veces este resultado. Creo no obstante que debo indicar estas medicaciones, á fin de que se las pueda someter á nuevos experimentos. Quedan ahora otros medios propuestos por algunos autores aislados, y que ni aun tienen en su favor la confianza de los prácticos; así, pues, bastará que los indiquemos como de paso. Estos medicamentos son: la raiz de la *celedonia mayor* propuesta por Creutzbaner, la *pareira brava*, que ha elogiado Geoffroy (2), el *ácido nítrico* propuesto por Richelmi, y hasta el *zumo del cien pies* y de las *lombrices terrestres*.

2.° *Tratamiento del cólico hepático.—Emisiones sanguíneas.*—Las emisiones sanguíneas han sido propuestas por cierto número de autores, algunos de los cuales, y entre ellos debemos citar á J. Frank, prescriben la *sangría general*; pero esta práctica rara vez ha sido imitada. En general se prefiere una aplicacion mayor ó menor de *sanguijuelas* al hipocondrio derecho y al nivel de la vejiga biliaria. Morgagni recomienda la aplicacion de sanguijuelas, principalmente con el objeto de precaver la inflamacion. Tambien se pudieran aplicar ocho, diez ó doce *ventosas escarificadas* en muchas veces y con las mismas ventajas.

Narcóticos.—No hay medicamentos de que se haga un uso mas general que de los narcóticos, lo cual es fácil concebir, puesto que se trata de una afeccion en la cual los dolores son tan intensos. Se administra el *opio* á la dósis de tres á cinco centígramos (medio á un grano), varias veces en las veinticuatro horas, y se puede disponer al mismo tiempo la lavativa siguiente:

R. Infusion de flores de manzanilla.........	180	gram.
Láudano de Sydenham..	1,25	gram.
Aceite comun.........	30	gram.

Para una lavativa.

(1) Hall, *The American Records*, etc., 1821.
(2) Geoffroy, *Histoire de l'Académie des sciences*, 1710.

Van Swieten, Quarin (1) y Portal insisten acerca de la utilidad de esta medicacion. Cuando los dolores son éscesivos no se debe temer el aumentar la dósis del opio, aunque produzca cierto grado de narcotismo; sin embargo, no seria prudente que esta dósis escediese de 20 centígramos (4 granos) de opio por dia, y aun se deberia tener cuidado de darle á dósis refractas.

El doctor Lolatte (2) ha elogiado mucho la *belladona* en lo que él llamaba *ictericia calculosa*. Esta sustancia debe administrarse en extracto á las mismas dósis ó un poco mas elevadas que el opio, y además se harán *unturas* en toda la estension de la region hepática con la pomada siguiente:

R. Manteca.............. 60 gram. | Estracto de belladona...... 10 gram.

Mézclese exactamente.

El doctor Rinna de Sarenbach insiste principalmente en la utilidad de este medio.

Se pueden prescribir de un modo análogo el *beleño negro*, el *lactucario* y los demás narcóticos.

El doctor Craigie (3) ha recomendado las *lavativas de tabaco* con el objeto, no solo de adormecer el dolor, sino tambien de facilitar la salida de los cálculos de las vias biliarias.

Antiespasmódicos.—Tambien se han recomendado mucho los *antiespasmódicos*. Hufeland y el doctor Rinna elogian el *agua de laurel real*, y Bricheteau (4) prefiere al uso del opio el de la *tintura de castoreo*, que puede prescribirse del modo siguiente:

R. Agua destilada de tilo.... 120 gram. | Jarabe de flor de naranjo.. 10 gram.
Tintura etérea de castoreo. 2 gram. |

Se toma á cucharadas.

Lemchen (5), médico sueco, ha usado en un caso del *cloroformo* á la dósis de diez gotas cada hora en una pocion; el dolor cesó completamente, pero se presentaron algunos fenómenos de congestion del cerebro. Como antiespasmódico, el cloroformo se administra con preferencia en inhalaciones. Trouseau ha obtenido resultados notables en una mujer de su clínica.

Purgantes.—Se usan generalmente los purgantes, pero con el solo objeto de determinar una secrecion mas abundante de bílis que pueda empujar los cálculos, así se eligen los purgantes ligeros, como el *aceite de ricino* y el *agua de Sedlitz*. Algunos autores tenian por el

(1) Quarin, *Animadvers. practicæ*, 1814.
(2) Lolatte, *Observat. medico di Napoli*. Setiembre, 1833.
(3) Craigie, *London med. and surg. Journal*, Octubre, 1824.
(4) Bricheteau, *Mémoires de la Société médicale d'émulation*. Paris, 1826, t. IX.
(5) Lemchen, *Hygiea*, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 29 Febrero, 1852.

calomel una predileccion que, segun Heberden, no está justificada (1) Saunders asocia esta sal á la escamonea.

Vomitivos.—Los *vomitivos*, si bien han tenido algunos partidarios, fué mucho mayor el número de los médicos que los han proscrito. Entre los primeros debemos citar á Saunders, que queria que se diese la *ipecacuana* á pequeñas dósis, y Cullen (2) que recomienda los vomitivos con el fin de que los movimientos que producen, comprimiendo las vísceras del abdómen, puedan contribuir á la expulsion de la bílis. Pero entre los que han combatido el uso de este medio tenemos á F. Hoffmann y á Morgagni, fundados en los casos de hematemesis y de rotura de los conductos biliarios, accidentes mortales de que se han citado algunos ejemplos, y que se han atribuido á los sacudimientos producidos por los vomitivos. Tal vez se haya atribuido sin razon á la accion funesta de estos medicamentos lo que solo haya sido una simple coincidencia, pero en la duda aconseja la prudencia que nos abstengamos de esta medicacion á pesar de las ventajas que se les han atribuido. Así, pues, es hasta necesario, cuando los vómitos son rebeldes y molestan mucho á los enfermos, hacer uso de los medios apropiados para contenerlos.

Antieméticos.—Con este objeto se prescribe la *pocion antiemética de Riverio*, ó bien la de De Haen, que tiene tambien la ventaja de contener sustancias antiespasmódicas y narcóticas. Hé aquí su composicion:

Pocion antiemética de De Haen.

R. Carbonato de cal.....	2 gram.	Láudano de Sydenham.......	1 gram.
Jarabe de limon......	32 gram.	Agua de menta.............	32 gram.
Licor de Hoffmann...	4 centíg.	Agua de melisa............	96 gram.

Se toma á cucharadas.

Igualmente se deben prescribir con el mismo objeto el *agua de Seltz* y la *limonada gaseosa*.

Se ha usado tambien el *hielo* y se ha recurrido al frio, no tan solo *interiormente*, sino tambien al *exterior*, y particularmente el doctor Bricheteau (3) recomienda la ingestion frecuente de pedacitos de hielo. Para la aplicacion externa se ponen pedazos de hielo en una vejiga que se aplica al hipocondrio.

Emolientes.—En el mayor número de casos se ha recurrido á las *bebidas* y *aplicaciones emolientes*, administrando la infusion de malvas, de saúco, etc. á una temperatura suave, y aplicando fomentos ó cataplasmas á toda la region hepática.

No hemos hablado de la *electricidad*, cuyos buenos efectos ha

(1) Heberden, *Medic. Transact.* London, 1772, t. II.
(2) Cullen, *Éléments de médecine pratique*, trad. par Bosquillon.
(3) Bricheteau, *Clinique de l'hôpital Necker*. Paris, 1835.

ponderado el doctor Hall (1), porque no tenemos ningun pormenor acerca del uso de este medio que no ha sido empleado por otros médicos.

Precauciones generales, *régimen*, *higiene*.—Creo inútil decir que durante las accesiones de cólico hepático el enfermo debe sujetarse al *régimen mas severo*, y pasado el ataque, y cuando ya solo quede un dolor local ligero, con la debilidad que es la consecuencia natural de estos accesos, se debe seguir un *régimen suave*, dar la preferencia, segun Trosseau, á los alimentos vegetales, y proscribir las sustancias grasas, hacer un *ejercicio moderado*, evitar toda ocupacion intelectual y esperar á que no quede ningun vestigio de los accidentes de que hemos hablado para volver á entregarse á sus ocupaciones. Como á pesar de las aserciones de algunos autores nada sabemos respecto á cuáles son las sustancias cuyo uso favorece el desarróllo de los cálculos biliarios, no tenemos mas que decir acerca del régimen.

3.° *Medios quirúrgicos*.—Se atribuye á J. L. Petit la idea de abrir la vejiga de la bílis para hacer la *extraccion de los cálculos contenidos en esta cavidad*, lo mismo que se hace con los de la vejiga de la orina; pero muchos autores han cometido el error de atribuirle la opinion de que este medio quirúrgico es aplicable á la mayor parte de los casos, siendo así que J. L. Petit solo ha propuesto la operacion para cuando se pudiesen reconocer fácilmente los cálculos biliarios, y lo que todavía interesa mas consignar, cuando pudiese asegurarse el cirujano de que se habian establecido adherencias entre la vejiga biliaria y la pared abdominal. Ahora bien; como fácilmente se comprende, estos casos vienen á ser precisamente aquellos en que se desarrolla la inflamacion en la vejiga, y en los que por consiguiente se debe obrar como ya lo hemos indicado al hablar de esta última enfermedad. Lo que prueba que esta era realmente la opinion de J. L. Petit es el cuidado que pone en el diagnóstico para tratar de ver la pastosidad y rubicundez de los tejidos al nivel de la vejiga biliaria, pastosidad y rubicundez que indican, como ya hemos dicho, la formacion de un absceso. Boyer *(lug. citado)* es todavía mas esplícito, y quiere que solo se haga la abertura en los casos de absceso bien confirmado, opinion á la que se han adherido la mayor parte de los prácticos; sin embargo, algunos, y entre ellos debemos citar al profesor Chelius, creen que se puede operar aun cuando la vejiga no haya contraido ninguna adherencia, y solo con que se manifieste un tumor de este órgano que contenga cálculos y vaya acompañado de accesiones violentas de cólico hepático. A este efecto ha propuesto Chelius un procedimiento para hacer la abertura del tumor que participa algo de los de Begin y Jobert. (Véase *Abscesos del hígado*). Hé aquí este procedimiento.

(1) Hall, *The American Records*, etc., 1821.

Procedimiento de Chelius.—Se hace en la piel que cubre el tumor una incision de 4 á 5 centímetros (20 á 25 líneas), y en seguida se cortan los músculos en una extension tanto menor cuanto mas nos vayamos acercando al peritoneo. Al llegar á esta membrana se introduce el dedo en el fondo de la herida, y se asegura por este medio el operador de si la vejiga está ó no adherida, en cuyo último caso, ó tan solo con que haya alguna duda, en vez de continuar la incision con el bisturí, introduce en el tumor un trócar delgado, y se deja su cánula en el interior de la vejiga todo el tiempo necesario para la formacion de las adherencias.

En general, deben respetarse las indicaciones de la intervencion quirúrgica trazadas por J. L. Petit y Boyer. Sin embargo, casos ó peligros que amenazan, obligan al médico á obrar lo mas prontamente posible: entonces se puede recurrir á los procedimientos de Récamier, Bégin, Jobert, ó al que se acaba de describir. Trousseau (1) ha inventado otro que juzga aun mas exento de peligros, y que aplica á los quistes del ovario. Clava en la piel treinta ó cuarenta agujas de acero armadas de una gruesa cabeza, que llegan hasta la vejiga; estas agujas quedan en el sitio tres ó cuatro dias, entonces se sacan las primeras para clavar otras en los intervalos de las picaduras, y al tercer dia se hace lo mismo con las nuevas. Es esencial que las agujas estén armadas de una cabeza de cera para marcar, y atraviesen una rodaja de piel de guante antes del dermis. La inflamacion producida por cada aguja procura las adherencias peritoneales, y entonces se puede emplear el bisturí sin ningun riesgo á este respecto.

Resúmen.—1.° *Tratamiento para la curacion radical de los cálculos.*—Remedio de Durande; cloroformo, electricidad, jabon trementinado, soluciones alcalinas y aguas minerales salinas.

2.° *Tratamiento del cólico hepático.*—Emisiones sanguíneas, narcóticos, antiespasmódicos, purgantes, vomitivos, antieméticos, aplicaciones emolientes; régimen y cuidados higiénicos.

3.° *Medios quirúrgicos.*—Abertura de la vejiga por uno de los procedimientos conocidos.

ARTÍCULO III.

RETENCION DE LA BÍLIS.

La mayor parte de los autores modernos han estudiado por separado los diversos estados patológicos que pueden dar orígen á la retencion de la bílis, sin hacer de esta retencion una enfermedad particular que merezca estudiarse por separado. No obstante, si examinamos la cuestion bajo el punto de vista práctico, veremos que

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.ª édition. Paris, 1865, t. III, p. 229.

es tan necesario considerar esta retencion de la bílis como una enfermedad particular (1), como destinar un artículo aparte para la *retencion de orina*. Los diversos estados orgánicos, cuyo estudio detallado es de mucho interés para la anatomía patológica, solo desempeñan para el práctico el simple papel de causas eficientes, cosa que habia conocido perfectamente J. L. Petit, tanto que en un artículo de su *Memoria* (2) ha presentado el paralelo entre la retencion de la bílis y la de orina. Bajo este punto de vista vamos, pues, á estudiar la acumulacion de la bílis en la vejiga á consecuencia de un obstáculo cualquiera que se oponga á su paso al intestino.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La retencion de la bílis puede efectuarse *en el hígado* ó *en la vejiga*, ó *en estos dos puntos á la vez*, segun el punto de las vias biliarias en que resida el obstáculo que la produce. Si el obstáculo ocupa el conducto cístico, solo hay retencion en la vejiga; si reside únicamente en el conducto hepático, la retencion es en el hígado, y la vejiga, por el contrario, se encuentra vacía; finalmente, si los obstáculos ocupan *ambos conductos á la vez*, ó si tienen su asiento *en el colédoco*, que es lo que sucede con mucha mas frecuencia, hay á un tiempo retencion de la bílis en la vejiga y en el hígado.

Esta division es muy importante, porque si en ciertos casos se puede reconocer fácilmente la retencion de la bílis en la vejiga, no sucede lo mismo cuando se detiene simplemente en el hígado; por consiguiente se diria sin razon que no era posible el diagnóstico en algunos casos, ó deducir que hay imposibilidad de formarle en todos.

§ II.—Causas.

La retencion de la bílis es una consecuencia ordinaria de la presencia de concreciones en los conductos biliarios y esto de una manera permanente ó mas frecuentemente momentánea, resulta igualmente y en las mismas condiciones del pasaje de entozoarios á estos conductos, accidente que se estudiará mas adelante.

La inflamacion aislada ó generalizada de los conductos biliarios, y mas aun las consecuencias de esta inflamacion, encogimiento y obliteracion de los conductos, estrangulacion por bridas fibrosas, adherencias de las paredes entre sí ó con los órganos vecinos, son causas poderosas de retencion de bílis.

Es tambien una consecuencia de tumores de naturaleza inflama-

(1) Fauconneau-Dufresne, *De la bile et de ses maladies (Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1847, t. XIII, p. 144).
(2) *Lug. cit.*, art. II, p. 123.

toria ó mas bien cancerosa que comprimen ú obstruyen los conductos, sea extendiéndose despues de haberse desarrollado en los órganos vecinos, sea tomando orígen en las mismas vias biliarias. Cossy ha visto en Beaujon, en la clínica de Louis, un cáncer desarrollado en el conducto colédoco; damos en la figura 47 el diseño de un tumor lobulado, del volúmen de una nuez, saliendo al duodeno á través del orificio del conducto colédoco (1).



Figura 47.—Cáncer del duodeno. Dilatacion de las vias biliarias y del conducto de Wirsung. (Frerichs, figuras 45 y 139.)

Se ha creido tambien que podia dar orígen á la retencion de la bílis la *contraccion espasmódica de los conductos*, causando la oclusion de las vias biliarias, y lo que ha hecho admitir esta opinion ha sido el ver aparecer la ictericia y á veces acumularse la bílis en la vejiga á consecuencia de una emocion fuerte; pero esta es una cuestion de que volveremos á ocuparnos cuando hagamos la descripcion de la *ictericia simple* ó *espasmódica*.

Queda ahora una causa cuya existencia no es tan generalmente admitida: hablo de la *invaginacion del conducto colédoco*. Mec Kreen, á quien citan los autores del *Compendio*, dice que ha visto un caso de rotura de la vejiga que no habia tenido mas causa que esta invaginacion.

(1) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des biliaires*, 2.ª édition. Paris, 1866, p. 144.

En cuanto á la retencion de la bílis, efecto simplemente de *espesarse este líquido*, no es posible admitirla, porque Portal, que ha sido el único que la ha indicado, no citó ningun hecho concluyente en favor de la existencia de esta causa.

§ III.—Síntomas.

Los síntomas son muy distintos segun que el obstáculo ocupa tal ó cual conducto, y así conviene que sigamos aquí la division que hemos hecho antes de ahora.

1.° *Retencion de la bílis á consecuencia de un obstáculo en el conducto hepático.*—Es la especie mas difícil de conocer, y los signos á que da origen, cualquiera que sea la naturaleza del obstáculo, son: *incomodidad*, un *peso* y á veces un verdadero *dolor* en el hipocondrio derecho; en algunos casos se puede notar tambien por la *palpacion* y la *percusion* un *aumento de volúmen* del órgano sin *cambio de forma*, á no ser que haya complicacion. Además se presenta una *ictericia intensa* y diversos *trastornos del conducto digestivo*, siendo los principales el *vómito bilioso*, *el extreñimiento* y la *descoloracion de las heces*. La *orina* adquiere al mismo tiempo el color amarillo rubicundo que tiene en los casos de ictericia.

Si la oclusion del conducto hepático depende de la *introduccion de un cálculo biliario*, se observan además los *accesos de cólico hepático* que hemos descrito antes de ahora.

2.° *Retencion de la bílis á consecuencia de la estrechez ú oclusion del conducto cístico.*—Esta forma es rara, en atencion á que la misma causa que estorba la salida de la bílis, tambien estorba la entrada en la vejiga, y á que la salida de este líquido al intestino no está interrumpida. La retencion de una cierta cantidad de bílis en la vejiga, no se señala en este caso por ningun síntoma. Sin embargo, segun Frerichs, cuando el cuello de la vejiga está obliterado por un cálculo, es posible que este cuerpo haga el papel de una válvula que permite la entrada de la bílis, pero impide la salida. En estas condiciones la vejiga alcanza un desarrollo enorme, y el tumor puede notarse.

3.° *Retencion de la bílis á consecuencia de un obstáculo en el conducto colédoco.*—Este es el caso mas frecuente y en que se hallan reunidos el mayor número de síntomas, pues no solo encontramos los que pertenecen á la *oclusion del conducto hepático*, es decir, el *peso*, la *incomodidad* en la region del hígado y la *ictericia intensa con todas sus consecuencias*, sino tambien los síntomas que produce la distension de la vejiga.

Distension de la vejiga.—*Despues de los accidentes de cólico hepático*, en los casos en que la oclusion de las vias biliarias depende ó de la *introduccion de un cálculo* ó de la *entrada de una lombriz* en el conducto colédoco, ó bien *á consecuencia de síntomas de una du-*

racion mas ó menos larga, cuando el obstáculo está formado por un *tumor*, *una brida* ó por la *inflamacion adhesiva*, y á veces hasta *sin ningun fenómeno* que haya llamado particularmente la atencion, se ve aparecer por debajo de las costillas falsas ó mas inferiormente, segun que el hígado es ó no voluminoso, un *tumor* á veces muy considerable y que presenta los caractéres siguientes:

La piel no ha cambiado de color y está floja, movible, no edematosa, en una palabra, ha conservado su estado normal. El *tumor* es redondeado y no presenta dureza en las inmediaciones, se percibe la *fluctuacion* en toda su circunferencia, y en algunos casos, de los que se han citado varios ejemplos, *comprimiendo* con lentitud y durante cierto tiempo la parte mas prominente, se puede disminuir su volúmen y *hacer pasar la bílis al intestino*, que es lo que sucedia en un caso que cita J. L. Petit. Al mismo tiempo, si hay muchos cálculos en la vejiga, se puede reconocer su existencia produciendo el *ruido de colision*.

En estos casos la *percusion* ayuda de un modo eficaz la formacion del diagnóstico, pues por ella se reconoce fácilmente el *sonido á macizo* dependiente de la tumefaccion de la vejiga biliaria, y se circunscribe este sonido de modo que se distinga la figura y dimension del órgano afectado, lo cual hace que no quede ya ninguna duda en los casos de simple retencion de la bílis. Estas maniobras pueden causar un *dolor* bastante fuerte; pero las mas veces no hay dolor ó es casi nulo, y aun cuando exista no es tan considerable como en los casos de *absceso de la vejiga*.

Acabamos de indicar los casos en que sucede todo del modo mas sencillo; pero algunas veces, y á consecuencia de la distension estremada de la vejiga biliaria, los signos son muy diferentes. Por de pronto el *tumor* puede presentarse en un *sitio* muy distante del que ocupa la vejiga en el estado normal, y así en el caso que ha recogido el doctor Cossy, el tumor formado por este receptáculo distendido empezaba casi al nivel de la extremidad anterior de la décima costilla y bajaba verticalmente hasta el borde del hueso iliaco; además este tumor estaba duro, no presentaba fluctuacion, y finalmente, era muy intenso el dolor á la presion.

Lo que todavía hace mas difícil el distinguir los síntomas de la retencion de la bílis, son las *complicaciones frecuentes*, principalmente las que ofrece el hígado, pues pueden coincidir con esta retencion la mayor parte de las enfermedades de este órgano.

En fin, pueden verse aparecer los signos de la rotura por la excesiva distension de la vejiga, ó los de la fiebre héctica debida á la ulceracion y á la supuracion de sus paredes, como lo ha observado W. Pepper, segun Frerichs (1).

(1) W. Pepper, *American Journal*, 1857.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

La retencion de la bílis es *permanente* ó pasajera. Cuando su permanencia es debida á la obliteracion del conducto cístico, la bílis se descompone en la vejiga; esta continúa distendiéndose y pasa al estado que describiremos con el nombre de *hidropesía de la vejiga;* si la retencion es debida á otra causa, acaban por manifestarse las complicaciones, y la enfermedad termina por accidentes graves, y aun por la muerte. Pero mas de ordinario, el líquido sigue su curso normal hácia el intestino, y los síntomas desaparecen sin dejar señales; esta feliz terminacion se presenta despues de una *duracion* variable, y puede ser debida á los solos esfuerzos de la naturaleza; habiéndose desprendido el tapon, cualquiera que sea, y pasado al intestino, entonces generalmente se presentan evacuaciones en las cuales puede hallarse el obstáculo, y las heces vuelven á tomar bien pronto su coloracion normal. Otras veces los enfermos no se curan sin recurrir á los medios de que el arte dispone. En ningun caso están al abrigo de las *recidivas;* la observacion citada mas arriba de J. L. Petit es un ejemplo manifiesto.

§ V.—Lesiones anatómicas.

No solamente la vejiga, sino tambien los conductos biliarios, pueden hallarse sumamente dilatados por encima del obstáculo. Así se ha visto que el conducto colédoco adquiere el calibre de un intestino delgado, que los conductos hepáticos se ponen tan gruesos como las ramificaciones de la vena porta (Cruveilhier), y por último llegan todos los conductos biliarios á ser bastante voluminosos para distender el epigastrio y el hipocondrio derecho, (Todd citado por Littre).



Figura 48.—Ectasia enorme del conducto colédoco.—*a*. Conducto colédoco dilatado.—*bb*. Duodeno. (Frerichs, fig. 136, p. 775.)

Hemos dado ya ejemplos de dilatacion de los conductos biliarios (figuras 42 y 43). Frerichs ha dado el diseño de una pieza anatómica conservada en el museo de Breslau, y que reproducimos (figura 48): es una dilatacion enorme de los conductos cístico y colédoco por obliteracion del orificio duodenal de este último. El reservorio (*a*) formado por esta dilatacion mide 20 centímetros de largo por 12

de ancho, comunica con la vejiga por un orificio de mas de 3 centímetros, y se termina en forma de saco en el duodeno (*b*) (1).

Troffelmann (2) habla de un conducto colédoco lleno de cálculos, y que tenia el tamaño de un estómago. Cuando el conducto colédoco está obliterado, la vejiga participa de la dilatacion general de las vias biliarias. Su volúmen puede llegar al de una cabeza de niño; Van Swieten recogió un kilógramo de bílis espesa de una vejiga dilatada. Bouisson (3) halló, con la dilatacion, apéndices en forma de saco constituidos solamente por la membrana externa.

Las paredes de la vejiga y de los conductos dilatados adquieren un grueso considerable, debido principalmente á la hipertrofia de la membrana media, en la que se notan fibras bien perceptibles, y esto es lo que explica su resistencia y lo poco frecuente que es su rotura: sin embargo, puede tener lugar este accidente solo por la distension, de lo cual se encuentra un ejemplo en las observaciones del profesor Andral: en semejante caso se ha efectuado la dilatacion de un modo rápido. Lo mas comun es que la inflamacion crónica de las paredes y su ulceracion favorezca la rotura, y entonces se encuentran cálculos, por lo comun en gran número, que han causado estas lesiones. De este modo se concibe cómo los conductos biliarios han podido dar paso á cálculos sumamente grandes.

Me parece innecesario insistir mas tiempo en estos hechos, y me limito á añadir que la *rotura de la vejiga*, cuando se derrama la bílis en el peritoneo, que es lo que sucede mas comunmente, da orígen á las lesiones de la peritonitis sobreaguda.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Hay que investigar dos cosas, como ya hemos dicho: 1.ª *distintinguir la retencion de la bílis de las demás enfermedades* con que pudiera confundirse, y 2.ª *reconocer la causa* que ha ocasionado esta retencion. Vamos á examinar sucesivamente estos dos puntos.

1.° Entre las afecciones con que puede confundirse la retencion de la bílis, hallamos en primer lugar los *abscesos de la vejiga*, y como ya hemos tratado detenidamente de este diagnóstico, bastará que le reproduzcamos en el cuadro sinóptico.

Abscesos del hígado.—La situacion de un tumor fluctuante en el borde inferior del hígado no es un motivo suficiente para creer que se trata de una vejiga dilatada. Lo que la distingue, segun Rayer, es el aumento rápido de la tumefaccion exterior en el hipocondrio derecho, el hallarse esta circunscrita, la fluctuacion manifiesta en toda su extension, y la blandura y movilidad de los tegumentos que

(1) Frerichs, *loc. cit.*, p. 775.
(2) Voigtel, *Handbuch der pathol. Anatomie*, t. III, p. 186.
(3) Bouisson, *De la bile*. Montpellier, 1843.

la cubren, los cuales no se ponen edematosos hasta que hay supuracion, pero sin dureza ni aumento de volúmen en la circunferencia del tumor. El absceso del hígado es consecuencia de una inflamacion, su forma se manifiesta con lentitud, el tumor que produce no es circunscrito, se estiende á las partes inmediatas y pone edematosos los tegumentos: la fluctuacion del pus es tardía, difícil de apreciar, al principio aparente tan solo en el centro del tumor, y despues se estiende á la circunferencia segun que va aumentando la coleccion purulenta, permaneciendo aquella dura y tumefacta, cualquiera que sea el grado de la supuracion.

Hé aquí, apropósito de esto, las reflexiones con que acompaña el doctor Cossy el caso que ya dejamos referido. «Relativamente al diagnóstico, dice este autor, haremos notar que á pesar de la reunion de los síntomas mas constantes de la retencion de la bílis, es decir, de la ictericia, descoloracion de las materias fecales, y sobre todo del tumor redondeado formado por la vejiga de la hiel distendida, distaba mucho de ser tan fácil el diagnóstico como se pudiera creer á primera vista. En efecto, era preciso asegurarse de que el tumor que se percibia desde la última costilla hasta al nivel de la cresta ilíaca derecha estaba realmente formado por la vejiga biliaria distendida, y no por una coleccion purulenta del hígado, un quiste ó un desarrollo anormal del lóbulo derecho y de este órgano. Mas esta distincion no ha podido hacerse completamente, porque por una parte la vejiga, sumamente voluminosa, ocupaba un punto en que no era fácil suponer su existencia, y por otra su tension era tan considerable que ofrecia al tacto la sensacion de un cuerpo sólido.»

Trousseau (1) trae un caso extremadamente notable bajo el doble punto de vista de los síntomas y de la anatomía patológica: con los síntomas racionales de la retencion de la bílis, se habia podido, durante la vida, tomar por una vejiga dilatada un lóbulo irregular del hígado que la autopsia hizo notar. La verdadera vejiga, bastante voluminosa, contenia cálculos, y comunicaba con un reservorio comun de todos los conductos biliarios, en forma de vasta ampolla, que se la reconoció por estar enormemente dilatado el conducto hepático. El colédoco estaba obliterado, y la bílis pasaba de tiempo en tiempo al intestino por una fístula practicada á través de las adherencias vésico-duodenales.

Además es cosa reconocida que la vejiga cambia de situacion en las dislocaciones del hígado, y en otras circunstancias imposibles de preveer.

2.° Si ahora queremos indagar á *qué causas* se debe atribuir la retencion de la bílis, tendremos que los *accesos de cólico hepático* sirven para dar á conocer que la enfermedad depende de la introduc-

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.ª édition, t. III, p. 233.

cion de *un cálculo biliario*, y que se disiparán todas las dudas cuando hayan sido espulsadas una ó mas de estas concreciones entre los escrementos. Si con estos accesos se observa la ictericia y sus consecuencias *sin distension de la vejiga*, se podrá creer que el obstáculo ocupa el conducto hepático, y si, por el contrario, se halla distendida la vejiga *sin que haya ictericia*, nos inclinaremos á admitir la existencia de un obstáculo en el conducto cístico. Por último, *si coinciden* la distension de la vejiga y la ictericia, darán á conocer que reside la oclusion en el conducto colédoco.

La aparicion lenta de la dilatacion de la vejiga, de la ictericia y de los demás síntomas de que acabamos de ocuparnos, hará sospechar que se ha formado paulatinamente el obstáculo, y que por consiguiente es el resultado de la *oclusion* producida por la flegmasía que resulta de la compresion que ejercen los tumores inmediatos, ó del desarrollo de un tumor, bien sea en el duodeno, bien en el conducto colédoco. La existencia de un cáncer en el hígado ó en el estómago nos inclinará á admitir que el tumor es de *naturaleza cancerosa*. Si la retencion de la bílis depende de la entrada de *una lombriz* en el conducto colédoco, como en el caso citado por Lieutaud, seria imposible llegar á formar diagnóstico de la causa, y cuando mas podríamos sospecharla si saliere cierto número de estas lombrices mezcladas con los escrementos ó con el vómito.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° *Signos distintivos de la retencion de la bílis y de los abscesos de la vejiga biliaria* (Diagnóstico establecido por J. L. Petit).

RETENCION DE LA BÍLIS.	ABSCESOS DE LA VEJIGA BILIARIA.
Dolor *menos intenso* y que *no es pulsativo*.	Dolor *mas intenso*, *de mayor duracion y pulsativo*.
Que desaparece pronto y sin malestar consecutivo (signo dudoso).	*Que va disminuyendo poco á poco*, y deja en pos de sí un malestar.
Fluctuacion *que se manifiesta pronto* y ocupa *todo el tumor*.	*Tarda mas en presentarse* la fluctuacion, y *empieza por el punto mas prominente*.
No hay dureza, ni pastosidad.	*Dureza en la circunferencia*, y pastosidad.
Es mas raro que haya escalofrios irregulares, y son *mas cortos*.	Escalofrios irregulares, *mas constantes*, *mas largos*, seguidos de *calor* y *mador*.

2.° *Signos distintivos de la retencion de la bílis y de los abscesos del hígado.*

RETENCION DE LA BÍLIS CON DISTENSION DE LA VEJIGA.	ABSCESOS DEL HÍGADO.
Aumento rápido de la tumefaccion del hipocondrio.	La tumefaccion *aumenta con lentitud*.

Tumor *circunscrito.*	Tumor *mal circunscrito.*
Fluctuacion manifiesta *en toda la estension del tumor.*	Fluctuacion tardía, difícil de apreciar, *y al principio aparente solo en el centro.*
Blandura y movilidad de los tegumentos.	Tegumentos *pastosos* y *edematosos.*
No hay dureza ni tumefaccion en la circunferencia del tumor.	*Dureza y tumefaccion* en la circunferencia.

Pronóstico.—El pronóstico es grave en los casos de obstáculo permanente, en atencion á la inminencia de ruptura determinada por la exageracion de la distension de la vejiga. En los otros casos está en relacion con la naturaleza del obstáculo, y está sometido á los azares de la movilidad, reproduccion ó evacuaccion de los cuerpos extraños, que obstruyen momentáneamente los conductos. Sin embargo, aun con los obstáculos el peligro puede desaparecer por una dilatacion general de las vias biliarias, ó por la creacion de vias artificiales de evacuacion de la bílis.

§ VII.—Tratamiento.

Se ha propuesto *favorecer el paso de la bílis al intestino por medio de presiones* hechas con lentitud y de un modo contínuo sobre la region de la vejiga, y hasta en algunos casos raros en que no hay una oclusion completa, este medio puede servir, no para curar al enfermo, pero sí para aliviarle cuando la distension ocasiona una grande incomodidad en el hipocondrio derecho. Ya hemos dicho que en un caso que refiere J. L. Petit, el mismo enfermo habia dado con este modio de hacer cesar la tension de la vejiga; pero conviene guardarse de emplearle cuando sobreviene un obstáculo repentino indicado por el dolor y la distension rápida de la vejiga biliaria, ó á lo menos deberia hacerse con mucha suavidad, porque ya sabemos que puede suceder en estos casos que se rompa la vejiga y evidentemente estas maniobras podian favorecer esta rotura.

Hemos hablado de la *puncion de la vejiga*, de su *abertura con el bisturí*, y en una palabra, de las *operaciones* propias para evacuar la bílis, que no habrá necesidad de detenernos mucho tiempo en este asunto, y solo diremos que en los casos en que la distension es enorme y cuando los accidentes son sumamente graves, se podrá recurrir á la *puncion con un trócar muy fino*, es decir, cuya cánula no tenga mas que un milímetro ($^1/_2$ línea de diámetro), porque se ha observado que con esta precaucion no ha ocurrido ningun accidente. Entonces se deberia dejar colocada la cánula de modo que determinase la formacion de adherencias entre el peritoneo de la vejiga y el de las paredes abdominales. Convendria igualmente no vaciar del todo el receptáculo distendido, y hasta seria prudente sacar muy poco líquido (solo la cantidad suficiente para hacer cesar la distension es-

cesiva), porque si se cambiasen de pronto las relaciones de la vejiga con la pared abdominal, era muy espuesto ocasionar un derrame de bílis y una peritonitis mortal.

Tambien se puede intentar la abertura de la vejiga por los *procedimientos de que se hace uso para abrir los abscesos y las hidátides del hígado* (procedimiento de Recamier, Begin, Jobert, Chelius).

Quedan ahora los *medios propios para favorecer la salida de la bílis*. Se ha recurrido principalmente á los *purgantes* poco enérgicos (*aceite de ricino, sales neutras*, etc.). Los *narcóticos* y *antiespasmódicos* no son mas que paliativos que sirven para calmar la irritacion mas ó menos violenta que ha ocasionado la distension de la vias biliarias.

ARTÍCULO IV.

HIDROPESÍA DE LA VEJIGA DE LA BÍLIS.

§ I.—Causas y anatomía patológica.

Cuando existe un obstáculo insuperable á la salida de la bílis fuera de la vejiga, por ejemplo, en los casos de obliteracion del conducto cístico ó del cuello de la vejiga la bílis encerrada en este reservorio se descompone, no es reemplazada y se reabsorbe en parte; pero las paredes del órgano continúan segregando, y se acumula en su cavidad un líquido que conserva muy poco ó nada de los caractéres de la bílis: es la hidropesía de la vejiga de la hiel, que no debe confundirse con el edema de las paredes de la vejiga, observado dos veces por Louis (1).

Esta secrecion es unas veces mucosa y semejante á la de la sinovia, otras veces es serosa, segun que proviene de las glándulas mucosas de las paredes de la bolsa distendidas, ó que es producida por la membrana interna, trasformada en parte en serosa por consecuencia de esta distension (2). El líquido es unas veces límpido é incoloro, segun Louis, otras parecido á la clara de huevo ó á la orina; es muy amargo, y se coagula por la accion del calor y de los ácidos. Bernard (3), Glisson (4), Graaf (5), W. Pepper (6) y Frerichs (7) han notado las mismas propiedades y algunos otros detalles.

(1) Louis, *Recherches sur la phthisie*, 2.ª édition. Paris, 1843, p. 123.
(2) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, traduit de l'allemand par Duménil et Pellagot, 2.ª édit. Paris, 1866, p. 779, et 780.
(3) Bernard, *Spec. inaugur. sistens quest. medic. argum*, Lugduni Batavorum. 1796.
(4) Glisson, *Anat. hépat.*, cap. XXXIX.
(5) De Graaf, *Tractatus anatomo-medicus de succo pancreatico*, cap. VIII.
(6) Pepper, *American Journ. of med. scienc.*, 1857.
(7) Frerichs, *loc. cit.*

§ II.—Síntomas.

La distension de la vejiga, gracias á la lentitud con que se produce, tiene por consecuencia el desarrollo de un tumor frecuentemente muy considerable. Walther, citado por Littré, dice haber visto el tumor descendiendo hasta el hipogastrio. Su aumento gradual hace asímismo que no sea doloroso: en un momento dado, la presion interior llega al punto de impedir la secrecion y el tumor queda estacionario. Mas tarde puede aun disminuir. Frerichs trae la observacion de un enfermo que apenas estaba mortificado, en su estado habitual por un tumor de la vejiga que pasaba mas de 6 centímetros del borde inferior del hígado.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—Es evidente que siendo el modo de formacion de la hidropesía de la vejiga el mismo que el de la retencion biliaria, es imposible diagnosticar la una mas bien que la otra, á menos que se atienda á las dimensiones del tumor de la vejiga, cuando estas se han hecho considerables.

Pronóstico.—Puede hacerse grave por las complicaciones de inflamacion ó de ruptura á que esta afeccion expone, menos, sin embargo, que la retencion de la bílis.

§ IV.—Tratamiento.

Es el mismo que el de los accidentes de retencion biliaria.

ARTÍCULO V.

CÁNCER DE LA VEJIGA Y DE LOS CONDUCTOS BILIARIOS.

El cáncer primitivo del aparato excretor del hígado es bastante raro. Durand Fardel (1) ha publicado hace pocos años algunas investigaciones acerca de este punto, de las cuales conviene dar aquí una idea.

Frerichs (2) utiliza en su libro los trabajos de muchos autores sobre el mismo punto, y se hallan en las colecciones periódicas algunas observaciones que establecen la realidad de las afecciones cancerosas primitivas de la vejiga y de los conductos biliarios; citaremos las de Icery (3) y las de Bourreau (4).

(1) Durand-Fardel, *Archives générales de médecine*, Junio 1840, et *Traité clinique et pratique des maladies des vieillards*. Paris, 1854.

(2) Frerichs, 2.ª édition, p. 784.—Véase Valleix, t. IV, p. 243, la figure représentant un cancer du canal cholèdoque.

(3) Icery, *Bulletins de la Société anatomique*, 1853.

(4) Mahieux, *Bulletins de la Société anatomique*, 1853.

No es muy raro ver que exista el cáncer de la vejiga biliaria sin dar orígen á síntomas muy notables. *Alteraciones* mas ó menos manifiestas *de las vias digestivas* y la *incomodidad*, el malestar que ocasiona la presencia del tumor canceroso *en el hipocondrio*, hé aquí los únicos signos de este cáncer, que ya se comprende cuán va son. Lo que mas interesa notar en esta enfermedad es un tumo debajo del borde de las costillas falsas, tumor duro, circunscr veces un poco doloroso al tacto. La *ictericia* no es un síntor cial del cáncer de la vejiga, y en la tercera observacion d Fardel ha faltado completamente. Cuando sucede esto últi presenta comunmente el color amarillento del cáncer ó de las afecciones crónicas.

Las *lesiones anatómicas* consisten en el desarrollo c cirroso ó encefaloideo que ocupa la vejiga de la bilis biliarios, ó todos estos puntos á la vez, y en los cas ductos biliarios, y principalmente el conducto colé truidos por un tumor canceroso, existe la icterici que hemos dicho tenia en la *retencion de la bilis*. llar otros cánceres, bien sea en el hígado, bien e un órgano mas distante, coincidencia que es to en los casos de cáncer hepático.

Para el *diagnóstico* tenemos los mismos si do al hablar del cáncer del hígado; pero cua el cáncer ocupa mas bien la vejiga que el te no hay ningun medio seguro de lograrlo, y rand-Fardel tampoco han podido ilustrar e pronóstico es tan grave como el del cáncer á causa de la obliteracion posible de las vi

El *tratamiento* no se diferencia en nada d

ARTÍCULO VI.

ENTOZOARIOS EN LAS VIAS

Ascárides lumbricoides.—Davaine ha casos que existen en la ciencia de lombric les ha hallado en todos los puntos de este a tidas en el conducto colédoco, y que tenian en el duodeno, como Tonnelé ha hecho c lombrices obstruyendo el conducto colédoc un caso Lieutaud (2), y otro Bonaparte d

(1) Tonnelé, *Réflexions et observations sur les accid* *brics (Journal hebdomadaire*, Paris, 1829, t. IV).
(2) Lieutaud, *Historia medico-anatom.* Paris, 1767, t
(3) Brera, *Memor, fisico-med. sopra i principi verm* p. 207.

cuencia se hallan en la vejiga, conducto hepático y sus ramas. Lorry ha observado el primer caso (1); Cruveilhier (2), Guersant (3), y Broussais (4), han recogido ejemplos notables de lo segundo. En fin, Laennec (5) ha hallado en un niño lombrices apelotonadas en las dilataciones de los conductos y tambien en las cavidades escavadas en el hígado, y cuya comunicacion con los conductos era difícil demostrar.



Fig. 49.—Distoma hepático extraido de un absceso por Dionis (des Carrieres) ocho veces aumentado.—*a*. Boca.—*b*. Ventosa posterior. —*c*. Esófago.—*d d d*. Ramificaciones del intestino. (Davaine).

Davaine (6) cree que estos parásitos penetran en las vias biliarias por una dilatacion morbosa del conducto colédoco; en los niños no se podrá admitir esta explicacion.

Síntomas,—Con mucha frecuencia se observan los signos del éxtasis biliario, la ictericia y la decoloracion de las deposiciones, dolores al epigastrio y al hipocondrio derecho, con vómitos como en el cólico hepático calculoso. Las *convulsiones* que han existido en los casos de Lorry, de Broussais y de Guersant, parecen ser, cuando se desarrollan, un signo de un gran valor. En los casos en que la hepatitis se desarrolló, se han podido reconocer los caractéres.

Los accidentes pueden cesar por el desprendimiento del parásito, y esto se presenta de tiempo en tiempo; ó bien muere, se descompone y permite la libre circulacion de la bílis, salvo el llegar á ser el núcleo de un cálculo como en el caso de Lobstein citado antes. Es inútil decir que pueden sobrevenir todas las complicaciones de la retencion biliaria. Kirkland (7) ha visto un absceso con una fístula biliaria por donde salió una lombriz.

No es posible *diagnosticar* precisamente esta afeccion, aun desde que el enfermo arroje ascárides. El *tratamiento* no puede ser sino sintomático.

Distomas.—El distoma hepático (fig. 49) y el distoma lanceolado, que no son una misma especie, se han encontrado en las vias bi-

(1) Lorry, *De melancholia et morbis melanchol. comment.* Lipsæ, t. IV, p. 665.
(2) Cruveilhier, *Dictionaire de médecine et de chirurgie*, art. ENTOZOAIRES.
(3) Guersant, *Dictionnaire de médecine*, 1828, t. XVI, p. 244.
(4) Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques*, 4.ª édit. Paris, 1826, t. III, p. 272.
(5) Laennec, *Dictionnaire des sciences médicales*, art. ASCÁRIDES.
(6) Davaine, *Traité des entozoaires*, Paris 1860.
(7) Kirkland, *Richter's chirurgische Bibliothek*, t. X. p. 605.

liarias del hombre. El primer hecho positivo pertenece á Pallas (1); Buchon (2), Fortassin (3), Brera (4), P. Frank (5), y Partridge, los han encontrado sea en la vejiga, sea en los conductos biliarios, y con mucha frecuencia sin buscarlos.

Estos animales penetran probablemente en la economía en el estado de cercarias (animales infusorios).

Es de creer que no revelen siempre su presencia en las vias biliarias. Cuando esto sucede, determinan los mismos síntomas que los otros cuerpos extraños en las mismas vias, pero el diagnóstico es casi imposible, á menos que se hallen los parásitos en las heces ó en los materiales del vómito.

Chabert, al decir de Rudolphi (6), habia logrado expulsar los distomas con su aceite empireumático (antielmíntico).

Hidátides.—Davaine ha reunido 8 casos de equinococos que habian pasado del hígado á las vias biliarias. Este es siempre el orígen que tienen los cuerpos extraños cuando se encuentran en los conductos excretores. Dan lugar á manifestaciones inflamatorias, dolorosas, etc., que hemos descrito para los otros cuerpos extraños, y de que hemos dado un ejemplo tratando de las hidátides mismas, segun Trousseau.

ARTÍCULO VII.

NEURALGIA DEL HÍGADO (HEPATALGIA).

Hé aquí una especie morbosa que cuesta mucho trabajo aceptar en el cuadro nosológico. Para la mayor parte de los autores, casi siempre es reemplazada por el cólico hepático calculoso ó sintomático de cualquiera otra obstruccion de las vias biliarias. Para otros es frecuentemente idiopática, y depende de las causas ocasionales, que pueden suscitar las manifestaciones de las neuralgias ordinarias. Mientras que Valleix y Trousseau (7) las relegan, por decirlo así, al número de las patológicas *à priori*, J. Frank le atribuye toda la patologia del hígado, admitiendo las seis variedades: *Hepatalgia traumática*, *H. inflamatoria*, *H. reumática*, *H. biliosa*, *H. nerviosa*, *H. verminosa*; lo cual daña un poco á la entidad hepatalgia idiopática. Andral afirma su existencia cuando dice: «dolores estremadamente vivos en

(1) Pallas, *Diss. de infestis viventibus intrà viventia.* Lugduni Batavorum, 1760, p. 5.
(2) Buchon, *Histoire des insectes nuisibles.* Paris, 1781.
(3) Joerdens, *Entomologie und Helmintholog. des menschel. Körpers.* Hof. 1802, p. 59.
(4) Brera, *loc. cit.*
(5) Frank, *De curandis hominum morbis Epitome.* Viennæ, 1810, t. V.
(6) Rudolphi, *Histor. natur. Entozoorum. Amstelodami,* 1808, t. I. p. 327, et t. II, p. 356.
(7) Trousseau, *Clinique médicale,* t. III.

la region hepática, que no pueden explicarse despues de la muerte por ninguna lesion del hígado ó de sus conductos excretores» (1). Beau la declara categóricamente mucho mas comun que el cólico hepático calculoso (2). Nace bajo la influencia de excitantes variables, frio, calor, emociones, fatiga; pero sobre todo bajo la de la irritacion trasmitida al hígado por la sangre de la vena porta, cuando ella ha recibido los materiales acres de ingesta, tales como el alcohol, las frutas verdes, los condimentos fuertes, los purgantes, el agua de Vichy, el remedio de Durande. Lo que prueba que con mucha frecuencia se ha diferenciado de los cólicos calculosos, es que las autopsias de los viejos revelan á cada instante los cálculos, y que, sin embargo, el cólico es muy raro; en seguida la frecuencia de los vómitos biliosos durante el acceso de cólico; en fin, la rareza de casos en que los cálculos son evacuados despues del ataque de cólico, lo cual sucederá, segun Chomel, una vez sobre 30 ó 40.

Esta opinion, expuesta con el vigor y los recursos ordinarios del ingenioso espíritu que la ha producido, no ha prevalecido, sin embargo, y se considera la neuralgia del plexo hepático como excepcional. *Las gastralgias*, *los dolores cancerosos*, *los cálculos que retrogradan* despues de haber sido desprendidos, la *neuralgia dorso intercostal*, en que á veces el dolor va desde la columna vertebral al epigastrio, tienen cuadros sintomáticos que han podido producir la ilusion de la hepatalgia. Andral ha citado tambien un hecho de *aneurisma del tronco celiaco*, en que el dolor ha sido tenido por algun tiempo por el de una neuralgia hepática.

Nos limitaremos á una descripcion muy corta.

Fauconneau-Dufresne (3), despues de haber citado dos observaciones de neuralgia hepática, reasume así los principales síntomas: dolor vivo, inconstante, que vuelve por accesos; alguna vez periódico, que tiene por sitio la region epigástrica y la del hipocondrio derecho; extendiéndose á veces al hipocondrio izquierdo, irradiándose con frecuencia y á la clavícula del lado correspondiente, y en algunos casos raros, es verdad, á la mayor parte de los órganos torácicos ó abdominales, y aun á todas las partes del cuerpo; abandonando fácilmente la region del hígado para ampararse en alguna otra region, y volviendo á ella con la misma facilidad; ofreciendo por carácter principal una sensacion de constriccion, de latidos, á veces de golpes, exasperándose en algunas circunstancias hasta un punto extraordinario; no acompañándose de ningun aparato febril, calmándose en general por la presion, mas bien que aumentando, como en todas las otras afecciones del hígado; pero, sin embargo, en algunos casos raros se renuevan con intensidad por el menor contacto, acom-

(1) Andral, *Clinique médicale*, t. II.
(2) Beau, *Étude analytique de physiologie sur l'appareil spléno hépatique* (*Archives générales de médecine*, 1851, Abril).
(3) Fauconneau-Dufresne, *Union médicale*, 6, Mayo, 1851.

pañándose con bastante frecuencia de ictericia; en fin, lo mismo que todas las afecciones de este género, ofrecen la existencia anterior de otras neuralgias, ó una disposicion particular á las afecciones nerviosas.

Frerichs, que admite además por analogía la posibilidad de dolores nerviosos del hígado, les reconoce una marcha entrecortada de intermisiones, durante uno ó dos meses, la alternativa con otras afecciones nerviosas, y una evolucion diferente, en su conjunto, del cólico calculoso, distinciones que ya indicó Budd. Refiere en su apoyo una observacion de hepatalgia en una mujer de veintitres años, epiléptica.

El doctor E. Guibout (1) cita igualmente una observacion de hepatalgia, que sobrevino á una mujer despues de un acceso de cólera. Este médico, despues de haber pasado revista á todos los síntomas que acompañaban esta afeccion, y haber establecido un paralelo entre los que revelan las diferentes enfermedades, dando lugar á fenómenos morbosos á poco casi idénticos, termina diciendo que para él todas las dudas son ligeras, y que allí habia en este caso una verdadera hepatalgia.

El tratamiento se arreglará segun las causas probables de las manifestaciones nerviosas.

ARTÍCULO VIII.

ICTERICIA.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Haciendo la historia de la ictericia despues de la de un número considerable de afecciones, en las cuales ha sido ya indicada como elemento sintomático, no puede ocultarse que, bajo cierto aspecto, se va á tratar una cuestion de patologia general. Sin embargo, existe *à priori*, y despues del estudio de algunos hechos, una ictericia puramente funcional, que parece no depender de ningun accidente orgánico del hígado, de los conductos excretores ó del tubo digestivo, no mas que de un estado general morboso que se puede determinar. De esta *ictericia esencial* tenemos el propósito de hablar; pero confina por límites imposibles de determinar con el síntoma que tantas veces hemos encontrado, como lo es la ictericia de las enfermedades generales, y nos veremos obligados, para no despreciar nada, á hacer intervenir con bastante frecuencia estos últimos en donde queríamos no considerar mas que una enfermedad particular.

Se ha dado el nombre de *ictericia* á una coloracion amarilla de

(1) Guibout, *Union médicale*, 1.° et 3, Abril, 1851.

los diversos tejidos del cuerpo, que es aparente durante la vida en la piel y en las conjuntivas, y depende de la presencia en la sangre de los elementos de la bílis.

Esta afeccion ha recibido los nombres de *regius morbus*, *fellis suffusio*, *luribus morbus*, *morbus acuatus* é *ictericia*. En francés se la conoce tambien con los de *ictère*, *ictéricie* y *jaunisse*. Los españoles le llaman *ictericia* ó *amarillez*; los italianos *citrinezza*, los ingleses *jaundice* y los alemanes *gelbsucht*.

La ictericia es muy *frecuente*, y ya hemos visto cuántas afecciones orgánicas pueden producirla; ahora diremos que la que se ha designado con el nombre de *espasmódica*, es decir, la que no deja ningun vestigio despues de la muerte, se presenta en circunstancias bastante numerosas.

§ II.—Causas.

Es sobre todo en el estudio de las causas donde se va hacer sentir la necesidad de tratar la ictericia bajo el punto de vista de la patologia general. A decir verdad, este modo de obrar solo puede conducir á hacer ver la semejanza, lo cual se debe intentar, y en la cual solamente se puede hallar el medio de conocer la parte aproximativa de la ictericia-síntoma y de la ictericia-enfermedad. Tendremos cuidado de hacer notar esta distincion todas las veces que sea posible.

1.° *Causas predisponentes.*—Son poco exactos los datos que poseemos relativamente á la *edad* que predispone los sugetos á la ictericia; pero en general se puede decir que la *ictericia sintomática*, en particular la que depende de *afecciones crónicas del hígado*, es mas frecuente en una *edad avanzada*. Tal es, en efecto, lo que resulta de las descripciones presentadas en los artículos anteriores. Segun algunos autores, y en particular J. Frank, no sucede lo mismo en la *ictericia espasmódica*, á la cual están mas predispuestos los niños; pero en vano se buscan las pruebas de esta afeccion, y si se consulta la observacion se halla, por el contrario, que la ictericia de esta especie, lo mismo que todas las demás, se presenta muy rara vez en la infancia. Lo que tal vez haya hecho expresarse de este modo al autor que acabamos de citar, ha sido el haber admitido sin ningun exámen la existencia de la *ictericia de los recien nacidos*, cuando no está probado de modo alguno que la ictericia de esta edad presente nada de particular, ni que sea preciso hacer de ella una descripcion separada; pero como esta es una cuestion que no carece de importancia, es necesario tratarla con algunos detalles.

Ictericia de los recien nacidos.—Pocos son los autores que se hayan ocupado de las enfermedades de los niños sin destinar un artículo á esta afeccion, respecto á cuya existencia se han suscita-

do, sin embargo, algunas dudas. Así Rosen (1) ha dicho terminantemente que la ictericia que puede desarrollarse en los recien nacidos no se diferencia en nada de la de los adultos, y que cuando Silvio (2) habia creido ver en los recien nacidos una ictericia particular, habia tomado sin duda por esta enfermedad el color mas ó menos rojo de la piel de estos niños. Esta equivocacion de parte de Silvio no es probable de ningun modo, mas lo que sin duda le ha inducido á error, como á otros muchos autores (3) y á la mayor parte de los médicos, es el cambio de color en los niños, que se verifica á los tres ó cuatro dias despues del nacimiento, y que tan perfectamente ha señalado Underwood (4). Hé aquí lo que he dicho en otra obra (5) acerca de este punto:

«Poco tiempo despues del parto, la cara del niño tiene un color rojo oscuro, ligeramente violado, cuyo estado dura por lo comun cuatro ó cinco dias, segun lo han notado todos los autores que han tratado de las enfermedades de la infancia, y durante todo este tiempo, si se hace una ligera presion sobre los tegumentos colorados de este modo, se ve aparecer un tinte amarillo bajo, que no tarda en desaparecer. Esta coloracion empieza á disminuir del tercero al quinto dia, y entonces aparece en todos los casos una ligera tinta amarilla que encubre la rubicundez general. Este último color no se presenta en las mejillas hasta despues de haber aparecido en todo el resto de la cara, de modo que se hallan rodeadas de un tinte amarillento, cuando todavía conservan su color primitivo. En el estado de salud perfecta no he visto nunca que la coloracion amarilla fuese general y uniforme, pues siempre se nota que persiste una rubicundez mas ó menos oscura y mas ó menos intensa en las mejillas. Esta coloracion amarilla era tanto mas intensa en todos los casos, cuanto mas oscura habia sido la coloracion roja primitiva, lo cual viene en apoyo de la opinion emitida en estos últimos tiempos, á saber, que esta especie de ictericia de los recien nacidos tiene por causa la desaparicion de la estancacion sanguínea, del mismo modo que en las equimosis el color amarillo que se presenta debajo de los tegumentos depende de una reabsorcion lenta de la sangre infiltrada.

»En el edema de los recien nacidos es donde he visto que persiste por mas tiempo el color rojo, que en ellos es las mas veces muy oscuro y vinoso; tambien ha sido en estos niños donde he visto presentarse con mas intensidad el color amarillo consecu-

(1) Rosen, *Traité des maladies des enfants*, trad. de Lefèvre de Villebrune. Montpellier, 1792, chap. xx: *De la jaunisse.*

(2) Sylvius, *Prax. med.*, lib. I, cap. XLVII.

(3) Chambon, *Maladies des enfants*, t. I, p. 264, etc.

(4) Underwood, *Traité des maladies des enfants*, trad. d'Eusèbe de Salles. Paris, 1823.

(5) Valleix, *Clinique des enfants nouveau-nés.* Paris, 1838 (*Explor. clinique*, p. 6).

tivo, lo cual sin duda ha hecho que se considerase sin razon á la ictericia como una enfermedad inseparable de la induracion del tejido celular.

»Por el contrario, en otras enfermedades, en vez de presentarse gradualmente el color amarillo, aparece de un dia para otro, tiene un ligero matiz verde, y es general. He visto que esta coloracion se presentaba especialmente en algunos casos de diarrea muy abundante, y que habia aparecido con mucha rapidez, y enconces habia verdaderamente tinte ictérico; pero este es un estado que no debe confundirse con el que acabo de describir. Lo que servirá con especialidad para distinguirlos es que en el primer caso las escleróticas tienen un color blanco azulado ó apenas amarillento, al paso que en el segundo caso participan del color amarillo general.»

Los autores han buscado la causa de esta ictericia en la *retencion del meconio*, en la *dificultad de la excrecion biliaria*, en haber mamado el niño *leche* de mucho tiempo (Baumes), y en la *timpanitis*, de la que puede resultar la compresion de los conductos biliarios; pero es evidente que se ha admitido la existencia de estas causas atendiendo á ideas puramente teóricas. Por mi parte, he observado que la ictericia de los recien nacidos, enteramente semejante á la del adulto, coincide principalmente con afecciones intestinales intensas, y sobre todo con la enteritis.

Hervieux (1), fundándose en cuarenta observaciones, cree poder rechazar de la etiologia de la ictericia de los recien nacidos siempre el esclerema defendido por Leger (2), la enteritis, el infarto del hígado, que han alegado Baumes, Billard, Denys (de Commercy), y la hipótesis del equimosis. En las autopsias que ha hecho, jamás encontró lesiones inflamatorias susceptibles de ser aplicadas á la ictericia; la flebitis umbilical en particular faltó constantemente. La ictericia seria debida, segun él, al trastorno pasajero, á la especie de sorpresa, que prueba las funciones del hígado que de órgano de la hematosis se vuelve órgano de la secrecion de la bílis. Todos los tejidos son susceptibles de coloracion, y lo son tanto mas cuanto son mas vasculares: cosa notable, la orina no está teñida de amarillo ó de moreno, y las heces tampoco están descoloridas. La afeccion dura de seis á quince dias. En atencion á su modo de aparecer, no necesita tratamiento. Monneret (3) y Frerichs (4) sostienen ideas patogénicas análogas sobre este objeto; Bouchut (5) hace de esta ictericia una hepatitis (6).

(1) Hervieux, thèse de Paris, Diciembre, 1847.
(2) Léger, thèse de Paris, 1823.
(3) Monneret, *Traité de pathologie générale*, t. III. Paris, 1860.
(4) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie*, trad. Duménil et Pellagot. Paris, 1866, p. 172.
(5) Bouchut, *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*. Paris, 1862.
(6) Voy, encore Porchat, *De l'ictère chez les nouveau-nés*, thèse. Paris 1855,

Es á partir de la *edad adulta* cuando la ictericia se manifiesta mas frecuentemente.

Sexo.—En las descripciones de las diversas enfermedades del hígado hemos dicho lo que sabemos respecto á la influencia del *sexo* en la produccion de la *ictericia sintomática*. En cuanto á la *ictericia simple ó espasmódica*, es una opinion generalmente admitida que *las mujeres* están mas predispuestas que los hombres á padecerla; pero los números que podemos presentar acerca de este punto son enteramente insuficientes, y así los consignamos tan solo como datos. De diez y seis casos observados en el hospital Beaujon, en la clínica de Louis, hallamos ocho hombres y otras tantas mujeres; pero es preciso tomar en consideracion que en esta clínica el número de las mujeres es casi doble.

Naturalmente se ha debido decir que la enfermedad era mas frecuente en los sugetos de *temperamento bilioso y nervioso.*

Si atendemos al corto número de casos que acabamos de mencionar, la *constitucion* no tiene influencia manifiesta en el desarrollo de la *ictericia espasmódica*. En cuanto á la *ictericia sintomática*, se debe buscar en los artículos anteriores lo que sabemos respecto á este particular.

El estado de salud habitual de los enfermos y el régimen tienen un valor etiológico incontestable. Los hechos fisiológicos indicados en la Memoria de Beau, citada en el artículo *Hepatalgia*, deben tomarse aquí en consideracion: la naturaleza y el estado de los materiales que del intestino son conducidos al hígado por la vena porta, tienen seguramente una influencia de primer órden sobre las condiciones en que se verifica la secrecion biliaria; la falta de elaboracion, la acritud de los ingesta, son circunstancias capaces de producir trastornos en la inervacion, y en la circulacion de la glándula hepática.

El aumento de actividad del hígado y la costumbre que tienen los habitantes de excitar el estómago por medio de condimentos incendiarios, en los paises y climas cálidos, obran en el mismo sentido. Es verdad que bajo estos dos puntos del régimen y del clima, se puede presentar la cuestion secundaria de saber si no hay allí un cierto grado de hiperemia del hígado y de inflamacion de los conductos excretores, condiciones que conducirian á que la ictericia fuera mas bien un hecho sintomático que un hecho simple.

La misma reserva debe haber con ciertas icterias de forma *epidémica*, y de apariencias fenomenales *graves*, que se han visto desarrollar en condiciones etiológicas complexas, entre las cuales el *calor* juega siempre un papel importante: tales son las epidemias de ictericia resumidas por Frerichs (1) y observadas en los paises tem-

(1) Frerichs, *loc. cit.*, 2.ª édition, p. 187.

plados, la epidemia de Gaillou, descrita por Carville (1); la que Worms (2) ha visto en Gros-Caillou en los soldados de un cuartel de Saint-Cloud, seguida inmediatamente de otra en el 40.° regimiento de línea, acuartelado en Paris, y referida por Laveran (3); á las cuales hay que añadir los hechos descritos por Littré (4), segun Wade Shields que los observó á bordo del *Centurion*, en Bombay. Casi siempre, en estas formas de ictericia, el hígado parece no haber participado del estado morboso mas que por los desórdenes funcionales, y por consecuencia la ictericia era independiente de lesiones orgánicas, pero por otra parte, se llegó á considerar el trastorno de la secrecion biliar como resultado de una impresion general producida primitivamente sobre todo el sistema nervioso, y constituyendo por lo tanto una enfermedad *totius substantiæ*, de la naturaleza de las fiebres graves y de los envenenamientos miasmáticos. Es muy difícil hacer la distincion entre estas ictericias graves epidémicas y las fiebres biliosas, si es que no son una misma enfermedad. Además de que las manifestaciones de este género son de observacion familiar á los autores que han practicado en los paises cálidos, y que á ellos sobre todo es á quien se debe la descripcion de las unas y de las otras.

2.° *Causas ocasionales.—Ictericia sintomática.*—Hemos dicho que las causas orgánicas que dan orígen al desarrollo de la ictericia son la *inflamacion* y los *abscesos*, que son su consecuencia, el *cáncer*, la *cirrosis* (estas últimas afecciones solo rara vez producen la ictericia), y las *hidátides* que tienen una influencia todavía mas limitada. Siguen despues las *afecciones de las vias biliarias*, al frente de las cuales es preciso poner las que ocasionan la *retencion de la bilis en el hígado*, es decir, que reconocen por causa principal la obliteracion de los conductos hepático ó colédoco.

Ictericia esencial.—El tipo y la forma mas aceptable de la *ictericia esencial ó simple*, es la que los autores designan con el nombre de *ictericia espasmódica*. Los antiguos atribuian el mecanismo á un espasmo de las vias biliarias, manifestándose particularmente en la embocadura del conducto colédoco en el intestino. Es cierto que la contractilidad muscular sola existe en la vejiga y alrededor de los conductos cístico y hepático. Las causas mas principales para el desarrollo de esta ictericia son las afecciones del alma, la cólera,

(1) Carville, *De l'ictère grave épidémique (Archives générales de médecine*, Agosto 1864).

(2) Worms, *Relation de la maladie qui á régné, pendant le mois de mai* 1865, *sur les troupes casernées à Saint-Cloud (Gazette hebdomadaire*, 1865, números 33 y 34).

(3) Laveran, *Gazette hebdomadaire*, 1865.

(4) Littré, *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., art. BILIEUSE (fièvre), t. V. p. 275.

el terror y las grandes contrariedades. Despues que Cl. Bernard (1) ha probado que la lesion del cuarto ventrículo puede determinar el paso á la orina del azúcar formado en el hígado, la idea de la posibilidad de la ictericia por trastornos de la inervacion nada tiene de sorprendente, por mas que la dificultad de explicar este fenómeno sea la misma. Villeneuve (2), y Morgagni (3), han referido ejemplos notables de ictericia que tenia este orígen. En los seis casos de Louis citados antes, dos veces los enfermos han acusado un acceso de cólera. Esta causa tendria aun mas influencia en las mujeres en el momento de las reglas.

Se han citado algunos casos, poco numerosos, de ictericia producida por el éter y por el cloroformo.

Se puede producir la ictericia por la mordedura de las serpientes; esta ya ha sido conocida de los antiguos: Galeno (4), Mead (5), Lanzoni (6), y Portal (7), han referido varios. Es difícil decir si allí ha habido alguna modificacion de la sangre, ó un simple trastorno de la inervacion reflejándose sobre la circulacion y la respiracion. A este propósito es necesario tener en cuenta los experimentos de Cl. Bernard sobre el *curare*, cuya absorcion fué seguida de hiperemia del hígado, y del paso del azúcar á la orina.

Las grandes *hemorragias*, las *indigestiones*, han sido alguna vez seguidas de ictericia: el miedo ha podido desempeñar allí algun papel.

La ictericia sigue con bastante frecuencia á un *exceso de comida reciente* (acabada de hacer), á *fatigas corporales* sufridas en un corto espacio de tiempo. En semejante ocasion puede haber habido allí un grado real de irritacion de los órganos digestivos, trasmitida á las vias biliarias; pero es imposible dejar de reconocer que el daño causado á la inervacion domina por completo la escena morbosa.

3.° *Causas próximas de la ictericia en general.*—No se admiten en la actualidad como causas de la ictericia una simple *congestion sanguínea* de los diversos tejidos, ni un *espasmo de los tegumentos*, y que nadie duda ya de que esta afeccion depende de la *existencia de la bílis* ó de los *principales elementos de este líquido en la sangre*. ¿Pero cómo es que se halla la bílis en la sangre? Esta cuestion no parece difícil cuando se trata de la *ictericia sintomática*, porque

(1) Claude Bernard, *Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux*. Paris, 1858, t. II, p. 544.
(2) Villeneuve, *Dictionnaire des sciences médicales*, art. ICTERE.
(3) Morgagni, *Epistola anatomica*. Lugd. Batav. 1728, lettre XXXVII.
(4) Galien, *Œuvres*, trad. Daremberg: *Des lieux affectés*. Paris, 1856, t. I, lib. V, cap. VII.
(5) Mead, *Tentamen de vipera*, p. 36.
(6) Lanzoni, *Tractatus de veneno.*, cap. V.
(7) Portal, *Observations sur la nature et le traitement des maladies du foie*, Paris, 1813, p. 140.

entonces se puede creer que la bílis detenida en los conductos ó en el hígado, ó bien segregándose con dificultad en este órgano, permanece en el líquido de que debia separarse. Pero aun en este caso debemos notar que esta teoría implica la existencia del líquido biliario en la sangre en el estado normal, ó á lo menos de sus principales elementos con las cualidades que les son propias, y este es principalmente el punto en que hallamos la divergencia de opiniones.

O bien la bílis se halla en la sangre despues de haber sido segregada, es decir, fabricada por el hígado, y pasa á ella, porque hay exceso de secrecion ó dificultad de excrecion; ó bien los elementos de la bílis están del todo formados en la sangre, y la ictericia aparece cuando estos elementos se acumulan, sea por trastornos circulatorios, sea por una disminucion en la actividad secretoria de la glándula hepática: tales son hoy dia las dos teorías que tenemos á la vista. Frerichs (1) es partidario declarado de la primera: en esta manera de ver, los casos de ictericia *sintomática* de todo accidente que estorba la excrecion biliar son fáciles de explicar: entonces hay *reabsorcion* de la bílis en los conductos y en el hígado por los vasos linfáticos y por las venas, fenómeno que Saunders (2), Tiedemann (3), Gmelin, Simon (de Metz) y otros muchos, han puesto en evidencia, ligando el conducto colédoco. La ictericia sin trastornos de la excrecion, se explica: 1.° por la acumulacion de la bílis en la sangre que determinaria el paso desde el hígado á la sangre de una cantidad de bílis mas considerable que de ordinario; 2.° por una disminucion en el empleo, en la trasformacion de la bílis pasada á la sangre.

La segunda teoría que se puede hallar en los escritos de Galeno ha sido sostenida por Sénac (4), Breschet (5), y está apoyada en los descubrimientos modernos de la química animal. Virchow le ha dado el peso de su autoridad demostrando que, en ciertas circunstancias, se forma á espensas de la hematina una materia colorante amarilla que tiene una grande semejanza con la colepirrina (6). Zenker y Funke (7) demostraron, por otra parte, que un derivado de la materia colorante de la bílis, la bilifulvina, se convertia fácilmente en un derivado de la hematina, la hematoidina. Lo cierto es que, segun los hechos, cada una de estas teorías halla

(1) Frerichs, *loc. cit.*, 2.ª édition, p. 77 et suiv.
(2) Saunders, *A treatise on the structure of the Liver*. London, 1795.
(3) Tiedemann, *Recherches expérimentales chimiques et physiologiques sur la digestion*, trad. A. J. L. Jourdan. Paris, 1827.
(4) Sénac, *De recondita febrium natura*, p. 25.
(5) Breschet, *Considér. sur une altération organique appelée dégénération noire* (*Journ.* de Magendie, t. I, Paris, 1821).
(6) Virchow, *Archiv für pathol. Anatom.*, t. I, p. 391; *La Pathologie cellulaire*, trad. Paul Picard. Paris, 1860, p. 120.
(7) Zenker et Funke, in Lehmann: *Lehrbuch der phys. Chemie*, t. I, p. 292.

mas ó menos ventajosamente su aplicacion. La ictericia de las fiebres, por ejemplo, la de las caquexias, de la puohemia, se explica mejor por la teoría de Virchow; mientras que la ictericia por obstruccion de los conductos apenas puede interpretarse mas que segun las ideas de Frerichs.

La teoría de la bílis preexistente recibe, á decir verdad, un golpe notable de la parte de afecciones en que hay atrofia ó destruccion del órgano secretor, sin que haya ictericia, como sucede con la mayor parte de las cirrosis. La extirpacion del hígado en los animales, sin que seguidamente se haya hallado la bílis en sus tejidos ó en sus líquidos, es todavía una objecion mas grave (1).

§ III.—Síntomas.

En los casos de *ictericia sintomática*, es evidente que no siendo esta mas que un síntoma, no ha podido desarrollarse mas que como consecuencia de la afeccion primitiva.

Invasion de la ictericia simple ó espasmódica.—Entre las observaciones de que hemos hablado, solo hay doce que contienen datos bastante exactos respecto á la invasion de la enfermedad, y de estos doce no ha habido uno solo que no haya presentado algunos síntomas mas ó menos marcados antes de la aparicion de la ictericia; pero estos síntomas son de dos especies diferentes. En efecto, en tres sugetos solo se han observado antes de la aparicion de la enfermedad síntomas que podian no tener ninguna relacion con el conducto digestivo, cuales eran *escalofrios*, *malestar* y un *cansancio* que no podia atribuirse á la lesion de ningun órgano en particular: nada prueba por consiguiente que el solo estado del hígado fuese la causa única de estos síntomas. En otros tres casos se notaron, además de los fenómenos que acabamos de indicar, ó una *anorexia* manifiesta ó algunos *dolores de vientre*. En otros cinco enfermos residian exclusivamente en el conducto digestivo los síntomas que precedieron á la aparicion de la ictericia, y que consistian en *náuseas*, *vómitos* ordinariamente *biliosos* y *diarrea;* en un caso apareció la ictericia en el curso de un cólico de plomo, y hubo los síntomas intestinales propios de esta enfermedad.

Mientras que despues de la ligadura del conducto colédoco pasan dos ó tres dias antes de aparecer la ictericia, esta se desarrolla en algunas horas en la ictericia por emocion moral: prueba esto el caso de un jóven que, yendo á batirse en duelo, se volvió amarillo sobre el terreno é hizo huir á su adversario aterrado de esta metamórfosis. (Villeneuve.)

En cuanto á las ictericias de forma grave en las que el tinte ama-

(1) Véase Frerichs, *loc. cit.*, 2.ª édit. p. 79.

rillo y los trastornos de la secrecion biliar parecen ser un elemento importante, característico, si se quiere, de un estado general grave, mas bien que de manifestaciones que dependen de un solo aparato, se las ve aparecer con la mayor frecuéncia con el trabajo de las fiebres y signos de la intoxicacion miasmática. Esto es lo que se halla en la descripcion de las epidemias que hemos citado, y tambien en los autores que han observado las fiebres biliosas de los paises cálidos (1).

De la análisis de las observaciones que ha reunido Ch. Ozañam (2) resulta, que esta ictericia puede empezar de dos modos diversos: en el uno la invasion es benigna é insidiosa, y en el otro se presenta la enfermedad con síntomas graves desde el principio. Los síntomas de la invasion en el primer caso son: debilidad, dolores en las extremidades y en los lomos, cardialgia y dolores cólicos, escalofrios que alternan con el calor, boca amarga, lengua cargada, apetito disminuido ó abolido y pulso blando. En el segundo caso son: síncopes repetidos, delirio, hemorragias, dolores generales, calambres, una cardialgia intensa, un escalofrio violento y repetido, gran postracion, desvanecimiento é insomnio.

1.° *Ictericia simple ó espasmódica.—Forma ligera.*—El fenómeno que necesariamente llama mas la atencion es el *color de la piel* y de las mucosas. Este color se presenta primeramente en las escleróticas, punto que importa mucho notar, porque sirve para distinguir la ictericia de algunas otras enfermedades. Hasta se ha dicho que la coloracion amarilla ocupaba el ángulo mayor del ojo antes que los demás puntos.

En seguida el color amarillo se extiende por la cara, presentándose en las partes poco coloradas en su estado normal, como las alas de la nariz y la circunferencia de los labios, invadiendo despues la frente y los demás puntos; las mejillas, y sobre todo cuando son muy coloradas, conservan todavía un resto de su color natural en una época bastante avanzada de la enfermedad. El doctor Villeneuve (3) ha llegado hasta sostener como un hecho casi general, que los *labios* se ponian primero pálidos y despues de color amarillo intenso; pero este autor ha tomado la excepcion por la regla, porque el color amarillo de los labios solo se presenta en los casos en que la ictericia es sumamente intensa, y por lo comun crónica.

Las primeras partes que en seguida toman color son el pecho y los brazos, á las que siguen el cuello y el vientre, y por último, los

(1) Véase Annesley, *Diaseases of India.*—Dutroulau; *Maladies des Européens dans les pays chauds*. Paris, 1861.—Griesinger, *Das biliose Typhoïd* (*Archiv. für phys. Heilk.*, von Vierordt, 1853).—Haspel, *Maladies de l'Algérie*. Paris, 1850.—Barthelemy-Benoit, *De la fièvre bilieuse hématurique observée au Sénégal* (*Archives de médecine navale*, Paris, 1865).

(2) Tésis citada, pag. 15.

(3) Villeneuve, *Dictionnaire des sciences médicales*, 1818, t. XXIII.

antebrazos, las manos y los miembros inferiores. En las extremidades se nota que las uñas presentan el color amarillento antes de que haya tomado color la piel inmediata. Hace muy poco tiempo ha señalado el doctor Lonjon (1) el tinte amarillo uniforme que ocupa el velo del paladar, y que se detiene de pronto en la bóveda palatina. Resulta, pues, que la ictericia se presenta primero en las partes menos coloradas habitualmente, y todo induce á creer que esta aparicion, mas pronta en estas partes, depende mas bien de la mayor facilidad en descubrirla que de que sean los tejidos mas permeables.

La coloracion empieza siempre mucho menos intensa de lo que ha de ser despues, y así, por lo comun, solo aparece un ligero tinte amarillo bajo diseminado en una extension mayor ó menor del cuerpo; mas segun que va avanzando la enfermedad, este tinte se va volviendo amarillo oscuro, verdoso, verde, y á veces un verde tan oscuro, que se han colocado estos casos entre los hechos de coloracion dependientes de diversas causas, y á los cuales se ha dado el nombre de *ictericias negras*.

En ciertos casos, en vez de extenderse con uniformidad por todo el cuerpo, el color ictérico ocupa una sola parte, y en otros se hallan combinadas de diversos modos las tintas que acabamos de indicar; pero estos son mas bien casos curiosos que útiles, y basta por consiguiente que hagamos mencion de ellos.

Al mismo tiempo que se presenta esta coloracion sienten algunos enfermos *pruritos* por lo comun muy fuertes, y que hasta impiden el sueño: sin embargo, no vayamos á creer que estas comezones son un síntoma tan frecuente como lo han dicho la mayor parte de los autores, porque en ninguna de las diez y seis observaciones que he citado se hace mencion de ellos, y hasta en muchas de ellas se dice positivamente que faltaba. Solo, pues, se presenta este fenómeno en algunos casos notables, y de los que se hallan ejemplos en diversos autores. Estos pruritos son generales, y en la piel no se observa rubicundez ni erupcion que puedan explicar su existencia. Alguna vez se halla, por el contrario, una *urticaria* de que se da perfectamente razon.

Se han citado tambien como pertenecientes á la ictericia una *descamacion furfurácea* y el *calor urente* de la piel. Se observan tambien con mas rareza anomalías de percepciones sensoriales, sensaciones subjetivas del gusto y de la vista. La acumulacion de la bílis en la sangre puede dar á la boca un sabor amargo. La *xanthopsia*, proverbial, porque jamás se vió vulgar, ha sido mencionada por Fred. Hoffmann; P. Frank la notó cinco veces en mil ictéricos. Es un desórden posible, pero muy excepcionalmente observado.

En el hígado se hallan algunos síntomas que interesa observar. Entre las observaciones que he reunido hay once en las que se ha

(1) De Lonjon, *Gazette médicale*, 1845.

notado un *dolor* mas ó menos vivo, y solo una en que se dice que no existia este dolor. En los demás casos no se hace mencion de este síntoma. La proporcion de los casos en que se ha presentado este dolor parecerá sin duda considerable, porque es una opinion generalmente admitida, la de que por lo comun no se halla ningun síntoma en la region hepática; pero se han apreciado perfectamente los hechos en las observaciones que tengo á la vista, y si bien no se puede deducir de un número tan corto de hechos que el dolor sea un síntoma comun de la icteria, se debe cuando menos convenir en que se necesitan investigaciones mas exactas acerca de este punto.

El *dolor reside* casi siempre en el *hipocondrio derecho*, pero rara vez permanece limitado á esta region, sino que por lo comun se extiende al epigastrio, á veces al vacío derecho, á la region lumbar y hasta á la dorsal. Este dolor rara vez es intenso, á veces se manifiesta *espontáneamente*, y al mismo tiempo *se exaspera por la presion*, como ha sucedido en uno de los casos que tengo á la vista. En otros es simplemente espontáneo, que es lo que sucede mas comunmente, ó bien solo se manifiesta á la presion, que es lo que se ha observado en cuatro sugetos. Nos parece innecesario detenernos en encarecer la importancia de este síntoma, que, como ya hemos dicho, se ha descuidado mucho.

Se debe emplear con cuidado la *palpacion* y la *percusion* para reconocer el estado del hígado y de la vejiga de la hiel, y en estos últimos tiempos se ha insistido mucho acerca del estado de esta última en laictericia espasmódica. Segun Piorry, la vejiga de la hiel está distendida por la bílis, si no en todos los casos, á lo menos en un gran número, y de esta distension resulta un sonido á macizo particular que se percibe por debajo del borde de las costillas falsas, detrás del músculo recto, y que presenta la figura del fondo de la vejiga.

La práctica no ha confirmado el valor de este signo, y si algunos clínicos de valer le han encontrado alguna vez, han hecho notar que esta limitacion tan perfecta de la circunferencia de la vejiga es con la mayor frecuencia imposible.

Es igualmente muy raro que se perciba por la palpacion ó por la percusion un aumento de volúmen del hígado.

El estado de la orina tiene una relacion tan directa con los síntomas que acabamos de indicar, que debemos mencionarle aquí. Este líquido es generalmente poco abundante, varía del color amarillo oscuro al rojo pardo, y por lo comun presenta este último matiz: parece mas espeso, y sin embargo, en los casos de ictericia espasmódica conserva su trasparencia y no produce sedimentos mas abundantes que en el estado sano. Á veces se nota su superficie brillante é irisada como si estuviese cubierta de una ligera capa de materia grasa; pero este aspecto oleoso de la orina dista mucho de ser constante.

El estado de la orina es debido á la presencia, en esta excrecion de la materia colorante de la bílis la colepirrina, porque los ácidos biliarios no se hallan jamás. La orina mancha con frecuencia la ropa blanca de amarillo por el pigmento biliar. Cuando la tinta es dudosa, se trata la orina, recogida en un tubo de vidrio, con el ácido nítrico: el líquido toma un color verde que pasa sucesivamente al rojo y al rojo moreno, ó bien se echa sobre un plato blanco una capa delgada de orina sobre la cual se dejan caer unas gotas del mismo ácido; las tintas indicadas se vuelven sensibles. El reactivo de Heller es una solucion albuminosa que se añade á la orina despues de haberle echado el ácido nítrico; cuando se añade en seguida del ácido se precipitan copos de un azul verdoso (1).

Las *vias digestivas* presentan síntomas importantes. El *apetito* está generalmente abolido, y ya hemos dicho antes de ahora que por lo comun ya lo está antes de aparecer la ictericia. A los pocos dias puede restablecerse aun cuando la coloracion no haya perdido nada de su intensidad; pero esto no sucede, á los menos en la gran mayoría de casos, cuando la ictericia hace todavía progresos.

Se ha indicado como signo propio de esta enfermedad una *sed* bastante intensa; pero los casos en que se observa son puramente excepcionales, pues de los sugetos cuyas observaciones tengo á la vista, solo uno ha tenido una sed moderada. Tal vez se han tomado por ictericia casos de verdadera hepatitis.

A pesar de cuanto se ha dicho, la *lengua* no ofrece nada de particular: natural en seis enfermos y solo amarillenta en otros tres, no ha presentado sabor amargo mas que en dos casos en los enfermos de que ya hemos hablado.

Los *vómitos*, sin ser enteramente un síntoma esencial de la enfermedad, tienen, sin embargo, mas importancia de la que algunos autores han querido darles. En seis sugetos de los diez y seis de que hemos hablado hubo vómitos, formados en cinco casos de materiales verdes ó amarillos, y muy amargos, es decir, de bílis. Este síntoma, se presenta ordinariamente en los casos de ictericia intensa, y ya hemos dicho al tratar de la invasion que deben atribuirse mas bien á la perversion de la secrecion biliaria, que á un estado patológico del estómago. Estos vómitos están siempre acompañados de *náuseas* que en algunos momentos existen solas.

Siempre se debe examinar el *estado de las deposiciones ventrales* al mismo tiempo que el de la orina. En el mayor número de casos se observa un *estreñimiento* mas ó menos pertinaz, y los escrementos que salen son secos, duros y *descoloridos*, cuya última circunstancia, unida á la presencia de la bílis en la orina, prueba que este líquido, al mismo tiempo que ha pasado á la sangre, ha cesado de penetrar en el intestino. Hay algunos casos en que presentando las

(1) Lionel Beale, *De l'urine, des dépôts urinaires et des calculs*, traduction Ollivier et Bergeron. Paris, 1865.

deposiciones la decoloracion que acabamos de indicar, permanecen por lo demás enteramente normales, pero estos hechos son raros. Tambien ha habido algunos enfermos que en el curso de la afeccion y por un tiempo mas ó menos largo han presentado *diarrea*, la cual en ninguno de los casos que dejamos citados ha sido abundante, ni exigió medio alguno para contenerla. Lo mas notable ha sido en un sugeto cuyas deposiciones eran descoloridas y al mismo tiempo tenia diarrea.

La *cefalalgia* es un síntoma que se ha tenido como muy frecuente en la ictericia; pero, sin embargo, solo la hallamos mencionada en dos de las observaciones de que dejamos hecha referencia.

Rara vez hay *fiebre* en el curso de la ictericia, y hasta cuando sobreviene un movimiento febril es tan ligero, que apenas es necesario tomarle en consideracion. Así en los enfermos ya citados solo ha llegado el *pulso* á noventa y dos pulsaciones en un caso en que habia síntomas de *bronquitis*, y en los demás no ha subido de ochenta y ocho, permaneciendo poco tiempo en este estado, y bajando á veces hasta un tipo inferior al normal. Un sugeto solo ha presentado cincuenta y dos pulsaciones durante toda la enfermedad.

Frerichs ha hecho notar la lentitud del pulso en la ictericia muy frecuentemente, y en circunstancias muy notables para inclinarse á admitir una influencia de la bílis sobre el nervio neumogástrico ó sobre el cerebro, análoga á la de la digital. Sin embargo, la bílis disminuye tambien la frecuencia de los movimientos respiratorios, lo contrario de la digital. Marey (1) ha representado en la figura siguiente el estado del pulso en la ictericia simple. (Fig. 50.)

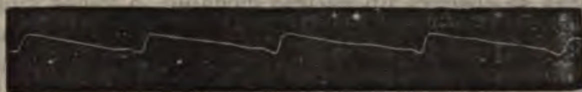


Fig. 50.—Pulso del ictérico. (Marey.)

Los *sudores* no son un síntoma que corresponda propiamente á la enfermedad; pero, sin embargo, en algunos indivíduos se halla ó un simple mador ó un sudor de mediana abundancia, y á veces, cuando la ictericia es muy intensa, se nota que el líquido de la traspiracion *mancha de amarillo* las sábanas de la cama. Los casos de este género son excepcionales.

Al mismo tiempo que se presentan todos estos síntomas, es raro que las *fuerzas* experimenten alteracion alguna. Puede suceder al principio de la enfermedad, como ya lo hemos indicado, que se observe cierto grado de *cansancio*, y entonces las fuerzas están mas ó menos oprimidas; pero este estado dura poco.

(1) Marey, *Physiologie médicale de la circulation du sang*. Paris, 1863.

2.° *Ictericia de forma grave*.—Los síntomas tienen mucha mas intensidad y se presentan tambien algunos que no hemos indicado.

La *cardialgia* es por lo comun muy violenta, y se exaspera el dolor por la presion.

En algunas epidemias se manifiestan dolores musculares intolerables, principalmente en los miembros inferiores. (Worms, Laveran.)

Se observan *sufocaciones* y una gran ansiedad precordial.

Hay *vómitos* repetidos, al principio acuosos y despues biliosos.

El *apetito* se halla en general completamente abolido; á veces hay una sensacion anormal de hambre, el *vientre* se presenta algunas veces meteorizado y doloroso, otras veces hay deposiciones diarréicas y biliosas, y en algunos casos un *estreñimiento* pertinaz. La *orina* presenta el carácter ictérico habitual.

Hay diversas *hemorragias*, principalmente *epistaxis* abundantes, á veces difíciles de contener, la *hematemesis*, la hemorragia intestinal, la hematuria, á veces bastante ostensible para que sirva para caracterizar la enfermedad (fiebre biliosa hematúrica) (1), las *hemorragias intersticiales*, las *equimosis* subcutáneas y subserosas y las *hemotisis*. En un caso que he observado en el hospital de la Piedad hará unos diez años, he visto una *pericarditis hemorrágica*.

Las hemorragias han parecido á Monneret (2) un elemento de la enfermedad, de un grado igual al de la ictericia; así es que él ha propuesto reunir estos dos elementos en la denominacion de ictericia grave, que será, segun él, la ictericia hemorrágica esencial. El hígado estará interesado tanto y mas como órgano de la circulacion que como órgano secretor de la bílis. A *la percusion* se nota mas bien el aumento de volúmen de esta glándula que su disminucion.

En seguida se observa un *delirio* variable, á veces violento, *convulsiones*, *escalofrios* y *temblores nerviosos*, alguna vez una verdadera eclampsia. Estos son los accidentes nerviosos que han dado lugar á las ideas teóricas del envenenamiento de la sangre por la bílis (colemia), análoga á la intoxicacion urémica; ideas á que Frerichs ha hecho justicia demostrando la inocuidad de las inyecciones de bílis. A. Flint (3) recientemente ha atribuido estas manifestaciones á la retencion de la colesterina.

Al delirio suceden la *soñolencia* y el *coma*.

La *respiracion* es por lo comun anhelosa y hay disnea.

El *pulso*, que al principio es frecuente, se presenta en seguida lento y por lo comun irregular, volviendo por momentos á la frecuencia y sucediendo á esta la lentitud.

(1) Barthelemy-Benoit, *De la fièvre bilieuse hématurique observée au Sénégal* (*Archives de médecine navale*, 1865.)

(2) Monneret, *De l'ictère hémorrhagique essentiel* (journal *le Progrès*, 1859, n° 3 et suiv., et *Archives générales de médecine*, 1862).

(3) A. Flint, *Du foie considéré comme organe excréteur de la cholestèrine* (*American Journal of medical science*, Octubre de 1842).

En algunos casos se manifiesta el *coma* casi desde el principio. Por lo demás, hay que notar que los síntomas son por lo comun muy variables.

En una época mas adelantada de la enfermedad parece que se entorpecen los *sentidos* y hay una *postracion* general y completa, en medio de la cual se manifiesta por momentos una agitacion viva y pasajera.

Las *deposiciones ventrales* son involuntarias, ó bien persiste el estreñimiento mas rebelde que nunca, y se agrega á este síntoma la *retencion de orina*.

Se observan además el enfriamiento de la *piel*, que se pone viscosa, y la dilatacion de la *pupila* y su inmovilidad en los últimos momentos.

En seguida se hace el *coma* mas profundo, sobrevienen diversas *parálisis* (parálisis facial, resolucion de los miembros), y algunas veces persisten las convulsiones.

El *pulso* recobra su regularidad y se hacc muy frecuente, pequeño y miserable.

Y finalmente, sucumbe el enfermo en un estado de insensibilidad completa.

En los casos en que la enfermedad debe terminar por la curacion, desaparecen primero las parálisis, luego cesa la cardialgia, y se van mejorando los demás síntomas. Pero no se verifica esto sin que haya alternativas en mal y en bien; la debilidad suele continuar por mucho tiempo, el estómago conserva mayor ó menor susceptibilidad, hay todavía algunas epistaxis, algunas veces permanece la vista turbada durante cierto tiempo, y el tinte ictérico no suele disiparse sino con mucha lentitud. En un caso que he observado recientemente en el hospital de Santa Margarita, hubo un edema considerable de la extremidades inferiores, que ha tardado mucho tiempo en disiparse. Se ha hablado de algunos *fenómenos críticos*; pero los hechos no son bastante numerosos ni suficientemente concluyentes para que podamos fijar nuestra opinion acerca de este punto (1).

Nos remitimos para mas detalles á los trabajos que hemos citado sobre este interesante objeto. Se consultarán tambien con fruto las investigaciones de Genouville (2), de Blachez (3), y el artículo ICTERICIA GRAVE de la CLÍNICA DE TROUSSEAU (4). (Vease el artículo ATROFIA AGUDA DEL HÍGADO.

3.° *Ictericia sintomática.*—En general se puede decir que la ictericia sintomática tiene una duracion mas larga y se presenta con me-

(1) Todos estos síntomas se hallan expuestos con mucho cuidado en la tésis de [illegible], que puede consultarse con fruto, tanto respecto á este punto como ...s.

(2) ... thèse de Paris, 1859.

(3) ...se d'agrégation, 1860.

(4) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* Paris, 1865, t. III.

nos rapidez que cualquiera otra. En sí se reconoce por los mismos signos que las precedentes, y en cuanto á los síntomas concomitantes son los de la enfermedad, de que la ictericia es una de las consecuencias. Hay casos, sin embargo, en que los reactivos no obran, como se ha dicho mas arriba, sobre la orina de los ictéricos, y la coloran en rojo vivo ó no trasforman su color. Frerichs atribuye este hecho á la oxidacion insuficiente del pigmento biliario. Gubler ha supuesto, en igual caso, que la coloracion amarilla de la orina es debida, no al pigmento biliario (*bilifeina*), sino á una materia colorante análoga á la de la orina y del suero de la sangre (*hemafeina*), y propone aquí la denominacion de *ictericia hemaféica* (1).

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

Ya se comprende que solo vamos á tratar aquí de la *ictericia simple, espasmódica* ó *esencial*.

En cierto número de casos la ictericia tiene en sus principios un *curso* sumamente rápido, y que basta un tiempo muy corto, algunos minutos (lo cual es raro) ó algunas horas, para que el cuerpo se ponga en ciertos sugetos enteramente amarillo. Pero en el mayor número de casos camina la enfermedad con mucha mas lentitud, é invade en el espacio de tres ó cuatro dias las diversas partes del cuerpo en el órden que mas arriba hemos indicado; luego parece que la afeccion se queda estacionaria por algunos dias, y por último, se la ve desaparecer en sentido inverso de su aparicion, es decir, empezando por recobrar progresivamente su color natural, primero las extremidades, luego los miembros, en seguida el tronco, y por último la cara. Las escleróticas, que han sido las primeras á ponerse amarillas, todavía conservan su color morboso despues de haber desaparecido este de todos los demás puntos.

Ch. Ozanam ha descrito *dos períodos* en la *ictericia grave*, uno de *escitacion*, cuyos principales síntomas son la agitacion, el delirio, las convulsiones, los dolores y los vómitos; y otro de *colapso*, caracterizado por las parálisis, el coma y las diversas hemorragias distintas de la epistaxis. Pero no siempre es fácil separar estos dos períodos, porque, como ya hemos dicho antes de ahora, son muy variables los síntomas en uno y en otro.

Tambien la *duracion* de la ictericia es bastante variable, aunque se puede decir que en los casos mas ordinarios se hallan sus límites entre diez y ocho y treinta dias. De los enfermos cuyas observaciones tengo á la vista solo dos no se han curado hasta los cuarenta y cinco dias, y ninguno ha bajado de diez y ocho.

En la *ictericia grave*, la enfermedad termina á veces por la muerte en muy poco tiempo (dos ó tres dias).

(1) Gubler, *De l'ictère hémaphéique* (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 3.ª série, n.° 8, 1857, p. 534).

La *terminacion* de la *ictericia simple ó espasmódica* es siempre favorable. Los casos de muerte citados por Morgagni y otros autores antiguos, deben evidentemente considerarse de ictericia grave, y cuyo orígen ha sido una emocion moral.

La ictericia esencial de forma grave se termina por la muerte ó por la curacion: en el segundo caso deja frecuentemente, cuando hay hemorragias abundantes, un estado de anemia consecutiva difícil de hacer desaparecer.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Ictericia benigna.—La anatomía patológica se reduce aquí á lo que se sabe de la presencia de la bílis en los líquidos y sólidos de la economía: solo por induccion se puede admitir la hiperemia del hígado y la replecion de las vias biliarias.

Respecto al estado de los diversos tejidos á consecuencia de la sufusion biliaria, basta decir que todos, inclusa la sustancia esponjosa de los huesos, el tejido del corazon y hasta la masa cerebral, se han hallado en ciertas circunstancias de color amarillo mas ó menos cargado. Pero el que sufre la mayor coloracion es el tejido adiposo, segun las investigaciones de Valsalva y del doctor Vedemeyer (1). En el tejido celular y en las membranas serosas, es por lo comun menos marcada la coloracion, pero esto no impide que los líquidos contenidos en este tejido y en las cavidades serosas tengan un color muy subido.

Ictericia grave.—Al admitir una *ictericia grave esencial*, la hemos señalado ya en su modo de comportarse de enfermedad *totius substantiæ*, mas bien que de desórden orgánico ó funcional aislado. Los autores que aceptan netamente este modo de ver, se preocupan poco de la existencia ó falta de lesiones del hígado, y alargan, por tanto, el campo de la ictericia grave; otros, sin rechazar la idea de enfermedad general, han pensado, sin embargo, que al menos un cierto número de casos de ictericia grave debia referirse á un órden determinado de alteraciones hepáticas, que ellos llaman *atrofia aguda*. Monneret representa la primera doctrina en su mas alta expresion, Frerichs la segunda.

Se concibe que un estado semejante de cosas nos obliga á indicar la anatomía patológica de esta forma. Para Monneret el hígado está normal, ó mas ó menos hiperemiado; las células están normales ó grasosas, la vejiga distendida ó no: estas lesiones son indiferentes. Las señales de hemorragia se hallan en muchas cavidades, y alguna vez particularmente en las meninges, lo cual explica los síntomas nerviosos. Para Frerichs, puede muy bien suceder así con bastante frecuencia; pero es una ictericia grave que reposa en las siguientes

(1) Vedemeyer, *Journal des progrès des sciences médicales.*

lesiones del hígado: disminucion del volúmen, coloracion amarilla de ocre, hiperemia capilar, destruccion granulo-grasienta de las células; vejiga vacía.

Si se estudia bajo otro aspecto este punto delicado, se llega á un resultado, que afirmaria mas bien la entidad morbosa de la ictericia grave esencial, que la distincion en dos formas, de las cuales la una seria la atrofia aguda. En efecto, las epidemias de ictericia grave han dado el resultado curioso que, en algunas de ellas, como en las de Worms y de Laveran, habia pocos ó ningunos muertos, y por consecuencia, nada de atrofia aguda de Frerichs; que en otras, las autopsias no han revelado lesiones propias (la de Ozanam); que, en la série de fiebres biliosas (al menos muy parecidas á la ictericia grave) el hígado está mas bien aumentado de volúmen que disminuido; que, en fin, en un cuarto órden de hechos, como los de Gaillon, observados por Carville, hubo en cuarenta y siete enfermos once muertos, de los cuales solo tres tenian las lesiones de la atrofia amarilla, y los otros ocho tenian el hígado en estado normal. Trousseau ha hecho notar que los casos esporádicos mas graves, eran tambien aquellos en que mas se observa desde luego la destruccion grasienta de las células, como han hecho tambien notar Budd, Charles Robin (1), Lebert, Frerichs y otros.

Nos limitamos á presentar de esta manera los elementos de la cuestion bajo el punto de vista anatómico; el lector juzgará.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—En la inmensa mayoría de casos es sumamente fácil asegurarse de que hay una ictericia; pero, en primer lugar, el color amarillo dependiente de la sufusion de la bílis puede confundirse, cuando es todavía incipiente ó poco intenso, con coloraciones morbosas resultado de otras enfermedades; y en segundo lugar interesa mucho indicar algunos signos por los cuales se venga en conocimiento de que la ictericia es realmente simple y no depende de una afeccion orgánica del hígado. Por último, ya hemos dicho que se pueden presentar casos en que sean tan intensos los síntomas que se crea que existe otra enfermedad, como sucede en la ictericia de *forma grave*. Bajo estos puntos de vista el diagnóstico de la ictericia merece que nos detengamos un instante.

No es necesario diferenciar la *ictericia simple* benigna de la *fiebre amarilla*: la confusion no es posible aun en los paises donde reina esta última. Pero la ictericia grave tiene numerosos puntos de contacto con ella, tanto por sus caractéres de enfermedad general, como por la comunidad de coloracion del tegumento. Se le ha llamado

(1) Charles Robin, *Note sur l'état anatomo-pathologique des éléments du foie dans l'ictère grave* (*Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie*. Paris, 1857, en 8.°, p. 9).

ımbien *fiebre amarilla nostras*, *tifo de América*; y hay algunas raones para creer que la fiebre amarilla de Edimburgo y la de Irlana, observadas por Graves (1), no han sido otra cosa mas que una maifestacion epidémica de esta ictericia maligna. Sin embargo, parece ue no puede haber duda para cualquiera que ha visto la fiebre amalla (2).

En general la fiebre amarilla llega con mas rapidez á un alto rado de intensidad, y presenta en los primeros dias una inyeccion eneral de los tegumentos con rubicundez de los ojos y lagrimeo. or el contrario, la ictericia grave suele empezar de un modo muy nigno, y los ojos no presentan una inyeccion venosa manifiesta ısta despues de algunos dias de enfermedad. En la fiebre amarilla parecen mas pronto hemorragias distintas de la epistaxis, son mas ımerosas y variadas, y hay en particular vómitos oscuros que han cho que se diese á la enfermedad el nombre de *vómito negro*, y que se observa en la ictericia grave. En la fiebre amarilla hay, por lo mun, mas bien un color amarillento que una verdadera ictericia, en el segundo período presenta una integridad de las funciones telectuales por lo comun muy notable, cuando ya hemos dicho que la ictericia sucede lo contrario, pues sigue el coma á un delirio as ó menos intenso. Finalmente, en la ictericia grave se han nota- erupciones parecidas á la alfombrilla y otras de que no se hace encion en la fiebre amarilla (3).

La orina es rara, frecuentemente nula, en la fiebre amarilla; es ja y no contiene la materia colorante de la bílis. En los casos liros que se pudieran creer mas fáciles de confundir, no hay señal ictericia.

Habrá lugar de hacer el diagnóstico de la ictericia grave con la *bre biliosa* de nuestros paises y con la *fiebre biliosa* de los paises tertropicales. Lo que distingue las últimas es la intermitencia, y bre todo la remitencia de los principales accidentes, y en general intensidad del aparato febril. Por lo demás, de un lado y del otro, y los mismos fenómenos gastro-intestinales, las mismas hemorraıs, la misma coloracion del tegumento. En el fondo, la naturaleza las dos afecciones es la misma, y lo que solo las distingue es que ictericia grave es esporádica en Europa, rara vez epidémica, mientıs que la fiebre biliosa es endémica en ciertos parajes distantes (4).

Apenas hay necesidad de indicar el diagnóstico con las tintas de quexia que se aproximan mas ó menos á la coloracion amarilla,

1) Graves, *Clinique médicale*, trad. Jaccoud. Paris, 1863, t. I.
2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.ª édition. Paris, 1865, t. III, p. 289.
3) Véase Ch. Ozanam, thèse citée., p. 75 et suiv.
4) Véase Monneret. *de l'ictère hémorrhag. essent.* (journal *le Progrès.*, 1858, p. 171).

como las de la *clorosis*, *del cáncer*, de las *caquexias palustre*, *saturnina* ú otras.

En estas la coloracion es persistente, en la ictericia esencial es necesariamente efémera; además, la semeyologia de la piel ha dado directamente los caractéres propios de cada uno de estos tintes: amarillo verdoso en la clorosis, amarillo de paja en el cáncer, amarillo terroso en la caquexia palustre, amarillo grisáceo en la intoxicacion saturnina. Sin hablar de los signos mas importantes y característicos que se hallarán en la historia de cada una de estas afecciones, sin embargo, es necesario decir que el saturnismo se acompaña con bastante frecuencia de ictericia. Tanquerel de Planches (1) la ha visto cincuenta y una veces; entonces se reconocia esta ictericia por los signos que hemos trazado.

La ictericia sintomática de afecciones crónicas del hígado es menos fácil de distinguir de la tinta cancerosa; añadiendo que en semejante caso, es necesario preguntarse si la lesion crónica no es ella misma un cáncer, en atencion á que el cáncer del hígado es uno de los que se revelan menos por el dolor y el deterioro general. Se reconocerá, no obstante, el cáncer del hígado con la ayuda de los signos generales del cáncer y de los desórdenes funcionales especiales, que han sido indicados en el artículo CÁNCER DEL HÍGADO. Nos referimos igualmente á los artículos que preceden para los medios de diagnóstico de las otras *lesiones del hígado* y de las *vias biliarias*, cuando la ictericia es una de sus manifestaciones. Repitamos solamente que el límite entre la ictericia simple y ciertos catarros de las vias biliarias es poco preciso.

Pronóstico.—El pronóstico de la *ictericia espasmódica benigna* no es grave. Hemos visto, en efecto, que la terminacion era siempre favorable. Esto está bien lejos de ser así en la *ictericia esencial de forma grave*. El pronóstico parece ser tanto mas dudoso, cuanto que los casos son aislados. Las epidemias observadas por Ozanam, Carville, Worms, y Laveran, prueban que muchos enfermos pueden curar, y aun que ciertos casos, á pesar de la intensidad del aparato morboso, son muy poco mortíferos. Los hechos que se han presentado con la atrofia aguda del hígado han sido ya rápidamente mortales: de esto nos convencerán las observaciones de Frerichs, y las de Julio Worms (2) y Leon Colin (3). En cuanto á la *ictericia sintomática*, su pronóstico se funda en la gravedad de cada una de las afecciones que la producen.

(1) Tanquerel des Planches, *Traité des maladies de plomb.*, t. I, p. 227.
(2) Jules Worms, *Clinique de* Trousseau, t. III. art. ICTERE GRAVE, p. 271.
(3) Léon Colin, *Études cliniques de médecine militaire*. Paris, 1864, p. 180.

§ VII.—Tratamiento.

En los varios artículos que preceden hemos indicado el trata-iento que se debe oponer á las diversas afecciones de la glándula pática que dán orígen á la *ictericia sintomática*, y así ahora solo bemos ocuparnos de la *ictericia simple*, *espasmódica* ó *esencial*. sta enfermedad es una de aquellas contra la que se ha dirigido ayor número de remedios.

1.° *Ictericia esencial benigna.—Emisiones sanguíneas.*—Muchos itores, y en particular en estos últimos tiempos Rostan (1), han comendado la *sangría general;* pero este profesor emplea este me-o asociado á los demás antiflogísticos por la idea que se ha for-ado de la enfermedad, y ya hemos dicho antes de ahora que dista ucho de estar probada la naturaleza inflamatoria de la ictericia pasmódica, mas como no tenemos ninguna análisis de hechos que edan abonar el uso de la sangría, no podemos decidirnos á reco-endarla con conviccion. Lo mismo digo de las *sanguijuelas*, cuyos uenos efectos pondera Villeneuve (2), y de las *ventosas escarifica-as* aplicadas á la region hepática.

Sales alcalinas y neutras.—Lombard (3) ha elogiado las *sales al-linas*, como el *carbonato de potasa* á la dósis de 4 á 16 gramos á 4 dracmas) en un kilógramo (2 libras) de líquido, y las admi-istra este práctico con el objeto de hacer evacuar por la orina los lementos superabundantes de la bílis que existen en la sangre. El octor Mace (4) indica la fórmula siguiente:

℞. Carbonato de potasa..	20 gram.	Goma arábiga..............	15 gram.
Jabon de Venecia.....	15 gram.	Alcohol............	C. S.

Se toma un vaso de este líquido mezclado con una tercera parte de agua, dos ó es veces al dia.

Se han prescrito igualmente las sales neutras, como el *hidroclo-rato de amoniaco*, y Baglivio (5) recomienda con especialidad la so-icion de esta sal. Sachs ha aconsejado particularmente el *acetato de moniaco*, que asociaba con algunas cortas dósis de ruibarbo, y otros utores han empleado el *sulfato de potasa* ó de *sosa*, los nitra-os, etc.

Alcalis.—Hasta se ha llegado á hacer uso del *amoniaco* líquido, ero tan solo en un caso particular. Portal quiere que se administren lgunas gotas de esta sustancia cuando se ha presentado la ictericia

(1) Rostan, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1835.
(2) Villeneuve, *Dictionnaire des sciences médicales*.
(3) Lombard, *Itère spasmodique; emploi du sous-carbonate de soude; guérison n dix-huit jours (Gazette médicale*, 1836, p. 395).
(4) Mace, *The medic. Reposit.* New-York, 1812.
(5) Baglivi, *Prax. med.* lib. I: *De ictero flavo*.

despues de la mordedura de la víbora, por la reputacion de que goza este álcali de ser útil en el envenenamiento causado por esta mordedura; pero ya volveremos á ocuparnos de este punto al tratar de esta última afeccion.

Acidos.—Se han usado igualmente los ácidos, y entre ellos se han prescrito el *ácido hidroclórico*, el *ácido sulfúrico*, y principalmente el *ácido nítrico*, que se administran en *limonada* á la dósis de 4 á 8 gramos (1 á 2 dracmas) en un litro ó litro y medio (2 á 3 cuartillos) de agua muy azucarada. Algunos médicos, y entre ellos el doctor Hall, le dan á dósis mas elevadas, ó mejor dicho, en un estado de mayor concentracion; pero esta práctica no me parece prudente. Otros autores se contentan con prescribir *ácidos vegetales*, como el *zumo de limon* (Mellin) y el *vinagre* (Sachs). En Inglaterra y Alemania se ha usado el agua régia en baños de piés y al interior (1).

Vomitivos.—El doctor Fontaneilles (2) ha administrado á muy alta dósis el *emético* que ya habia recomendado Fed. Hoffmann, y así ha prescrito 1 *gramo y 20 centígramos* (1 escrúpulo) de este medicamento en cuatro dias. Este medio ha producido muy buenos efectos; pero en el caso en que se ha administrado habia dolores muy fuertes en el hipocondrio derecho, de modo que no podemos estar seguros de si se trataba de una ictericia simple. Los doctores Richter y Baldinger (3) han recomendado mucho la *ipecacuana*, que este último administraba en la fórmula siguiente en que entra el tartrato de potasa:

R. Ipecacuana	6 gram.	Crémor de tártaro	4 gram.
Cáscara de naranja	4 gram.		

Cuézase en:

Agua .... C. S.

Y añádase para cada 120 gramos (4 onzas) de este cocimiento, despues de colado.

Jarabe de manzanilla .... 30 gram.

Se toma una cucharada cada tres horas.

Purgantes.—Los purgantes son de uso general, y se administran por lo comun los purgantes suaves, como las *sales neutras*, el *aceite de ricino*, y á los niños el *jarabe de espino serval* y de *achicorias*.

Tambien se han elogiado los *calomelanos*, y Michaelis (4) y el mismo Hufeland (5) han ponderado su eficacia. Este último los administraba mezclados con cortas dósis de *ruibarbo*. Segun Lauben-

(1) Scott, *On the internal and external use of the nitro-muriatic acid in the cure of diseases*, (*Medico-chirurgical Transactions*, London, 1817, vol. VIII, p. 113).
(2) Fontaneilles, *Revue médicale*, t. X.
(3) Baldinger, véase Richter, *Ausführliche Arzneimittellehre*. Berlin, t. II.
(4) Michaelis, *Hufeland's Journal*, t. XXXIV.
(5) Hufeland, *ibid*, t. XXVIII.

der (1) y Pitschaft (2), el *acíbar* tiene una eficacia particular, y el primero administraba esta sustancia á la dósis de 25 centígramos (5 granos) dos ó tres veces al dia en el principio, y despues á menor dósis, y el segundo ha recomendado la fórmula siguiente:

R.	Agua de hinojo.....	180 gram.	Extracto de diente de leon.	8 gram.
	Extracto acuoso de acíbar...........	30 centíg.	Agua concentrada de almendras amargas......	4 á 6 gram.

Se toma á cucharadas.

El *ruibarbo* ha gozado sobre todo de una gran reputacion, sin que haya nada que pruebe que obre de un modo distinto que los demás purgantes que acabamos de mencionar. Se administra este medicamento bajo las mas diversas formas. A los adultos se da á la dósis de 4 á 6 *gramos en polvo*, y en los niños se le puede disponer en jarabe, pastillas, etc. En el tratamiento de la ictericia se ha asociado este medicamento á las sustancias mas variadas, pero seria inútil que indicásemos aquí las diversas fórmulas.

Tambien se han elogiado los *narcóticos*, y entre ellos debemos distinguir la *cicuta*, que, segun Stoerck, seria un verdadero *antiictérico*, unida á las píldoras de Belloste, segun la fórmula siguiente:

R.	Extracto de cicuta..	3 gram.	Masa de píldoras de Belloste...	8 decíg.

Mézclese y háganse sesenta píldoras. Se toman de una á dos al dia.

El doctor Mac Gregor une esta sustancia á la *quina*.

Debemos citar tambien la *belladona*, porque ha sido muy recomendada por el doctor Greding (3) y por Richter (4). Este último la ha usado en forma de *tópico*, y como su fórmula contiene al mismo tiempo otras muchas sustancias destinadas á combatir la ictericia, creemos útil indicarla aquí.

R.	Extracto de cicuta...	30 gram.	Acetato de amoniaco líquido. C. S. para una cataplasma.
	Extracto de beleño...	15 gram.	
	Extracto de belladona.	4 gram.	

Se toma la mitad de la mezcla, se estiende sobre baldés y se aplica al hipocondrio.

Podríamos multiplicar mucho estas citas de remedios, pero como acabamos de ver, solo nos es posible indicar la mayor ó menor confianza que los autores han tenido en ellos, pero de ningun modo su eficacia. Nos limitaremos, pues, á añadir que se han recomendado tambien los *ferruginosos*, la *quina* (Camerarius), la *simiente de cáñamo* (Silvio), el *hielo*, la *triaca* (Galeno), y finalmente el *guayaco*, el *azafran*, la *yema de huevo*, el *zumo de zanahorias*, etc. Se han prescrito principalmente estas últimas sustancias en atencion á su

(1) Laubender, *All. med, Ann.*, 1801.
(2) Pitschaft, *Hufeland's Journ.*, 1838.
(3) Greding, *De bellad. virid.*, etc.
(4) Richter, *Spectielle therapie*, t. IV.

color amarillo, y esto solo basta para demostrar la poca confianza que debemos tener en ellas.

El tratamiento debe consistir principalmente en el uso de los *purgantes* ligeros, de algunos *narcóticos* en cortas dósis si hay una gran incomodidad en el hipocondrio derecho, y en la administracion de *bebidas diluentes*. Estas bebidas y las medios que sirven para mantener el vientre libre bastan casi siempre, por no decir constantemente, y la curacion es pronta bajo su influencia: este es un hecho que conviene inculcar á fin de que no se crea que es preciso molestar á los enfermos con remedios inútiles.

Régimen—Respecto al *régimen*, ya hemos dicho que en los primeros dias el apetito está muy disminuido ó abolido y los enfermos se ponen naturalmente á *dieta*; pero mas tarde, cuando se recobra el apetito, no hay para qué ser muy severos, y no se debe temer el permitir alimentos ligeros, porque como ya hemos dicho, las vias digestivas no presentan lesion alguna verdadera. La *quietud*, el *abstenerse de todo cuanto pueda ocupar demasiado la atencion* y el *alejarse de lo que sea capaz de producir alguna emocion moral*, completan las *precauciones generales* que deben guardarse en la ictericia.

2.° *Ictericia esencial de forma grave*.—Debemos ante todo decir que los principales medios de tratamiento prescrito en la forma benigna, se han puesto tambien en uso en la forma grave.

Las indicaciones terapéuticas inmediatas que se refieren á la ictericia son las que Frerichs ha formulado: 1.° Regularizar las funciones intestinales; 2.° provocar la eliminacion de las materias colorantes acumuladas en la sangre; 3.° tener en consideracion las consecuencias ulteriores de la afeccion, anemia, hidropesía, colemia, etc.

Los autores han usado con sobriedad la *sangría*, y en general todos los *antiflogísticos*, y solo han recurrido á las emisiones sanguíneas para combatir las congestiones.

Los *purgantes* se usan con frecuencia; pero en los casos conocidos no han dado resultados bien evidentes, incluso los *mercuriales*, y en particular los *calomelanos*, que tanto emplean los ingleses. Los médicos de la marina francesa los emplean de ordinario en las fiebres biliosas de los paises cálidos. Les hacen seguir inmediatamente de la administracion del *sulfato de quinina*, legitimado por la intermitencia y la remitencia de los accidentes.

Corrigan tiene suma confianza en los *vomitivos*, y sobre todo en la ipecacuana, que administra á la dósis de 2 gramos ($^1/_2$ dracma) cada dos dias, y dice que en cinco años que hace que la emplea no ha perdido ningun enfermo (1). Debemos, pues, recomendar eficazmente á los prácticos el uso de este medio.

Herard, en un caso, no obtuvo de este medicamento mas que una ventaja pasajera; su enfermo murió al octavo dia.

(1) Véase Ch. Ozanam, thèse citée, p. 97.

Worms, en Gros-Caillou, ha empleado el *ácido sulfúrico* á la dósis de 16 á 24 gramos por dia en limonada; atribuye á este agente propiedades en relacion con las indicaciones suministradas por el estado de la sangre.

Se ha conseguido en algunos casos sacar á los enfermos del coma por medio de los *vejigatorios*, y el doctor Baudon (1) ha logrado disipar un hipo que llevaba ya muchos dias de duracion aplicando un vejigatorio *sobre el trayecto del nervio frénico*.

No se han obtenido ventajas del *opio*, y tampoco ha sido mas afortunada la *belladona (véase el tratamiento de Greding*, en un caso que ha observado el doctor Ozanam. Este autor (2) cita dos casos en que el *alcoholaturo de acónito* (diez ó mas gotas) han logrado contener los síntomas.

El *cianuro de potasio*, el *éter* y el *castoreo* no han producido ningun buen efecto apreciable.

Diuréticos.—Debo añadir que en un caso sumamente grave que he tratado en 1840 en el hospital de Santa Margarita, he visto curar al enfermo despues de la administracion continuada del nitrato de potasa á la dósis de 4 á 6 gramos (una dracma á dracma y media) al dia, cuyo hecho debe animar á los prácticos á hacer uso de los diuréticos.

Frerichs aprueba este método, por la razon de que la secrecion urinaria, en la ictericia intensa, está con frecuencia disminuida por el depósito de materia colorante en el parénquima renal.

La medicacion *hidro-mineral* conviene sobre todo en la ictericia sintomática. (Véase mas arriba la lista de las aguas minerales que se usan, art. CÁLCULOS BILIARIOS.)

Resúmen.—Emolientes, emisiones sanguíneas, sales neutras y alcalinas, amoniaco, ácidos, vomitivos y principalmente la ipecacuana, purgantes, narcóticos, ferruginosos, quina, antiespasmódicos, acónito, diuréticos, etc.; precauciones higiénicas.

CAPÍTULO III.

ENFERMEDADES DEL BAZO.

Las afecciones del bazo son mucho menos conocidas que las del hígado; el doctor Heinrich (3) ha reunido el mayor número de hechos relativos á las afecciones del bazo para hacer una historia completa.

(1) Baudon, thèse citée, p. 99.
(2) Ozanam, *Recherches sur les formes de l'ictère essentiel (Gazette médicale*, 1846, p. 382 et 403).
(3) C. B. Heinrich, *Die Krankheiten der Milz*, etc. Leipzig, 1847.

Vigla (1), E. Collin (2) y J. Meunier (3) han estudiado los mismos hechos bajo diversos puntos de vista.

Segun ciertas teorías, aun poco aceptadas por la generalidad de los médicos (las de Piorry para las fiebres intermitentes; de Virchow, para la leucemia; de Frerichs, para la melanemia), las lesiones del bazo serian la razon orgánica de enfermedades graves de la sangre ó del sistema nervioso; fuera de estas ideas doctrinales, las afecciones primitivas del bazo son excesivamente raras, y casi siempre es posible hallar, en el orígen de las manifestaciones morbosas que vienen de este aparato, una causa que ha obrado de una manera muy extensa sobre la economía, y en particular sobre el estado de la sangre; las mas importantes de las causas de este órden es, sin contradiccion, la fiebre intermitente ó remitente miasmática. Con frecuencia, es un traumatismo el que altera el bazo, y hace surgir las manifestaciones que vamos á estudiar.

Solo hay tres afecciones del bazo que merezcan detenernos un instante, á saber: la *esplenitis* y el *infarto crónico* del bazo, consideradas independientemente de las fiebres intermitentes, y la *rotura del bazo*, que produce accidentes prontamente mortales, y respecto á la cual ha publicado hace poco el doctor Vigla una Memoria de grandísimo interés; pero como lo ha demostrado perfectamente este profesor, la rotura del bazo no es un accidente que dependa de una afeccion primitiva, sino que sobreviene en el curso de las afecciones febriles, de las cuales es simplemente una consecuencia el estado particular del órgano que da orígen á la rotura.

ARTÍCULO I.

ESPLENITIS.

En muchas autopsias se han hallado abscesos en el tejido del bazo. Pero aun en los casos en que la flegmasía ha llegado á un grado bastante intenso para producir la supuracion, los síntomas son oscuros, ó á lo menos no se han recogido con bastante cuidado las observaciones raras que poseemos, para que se hayan podido distinguir fácilmente los fenómenos que caracterizan á esta enfermedad.

(1) Vigla, *Recherches sur la rupture spontanée de la rate (Arch. gén. de med.*, 1843, 4.ª série, t. III, p. 377 et 1844, 4.ª série, t. IV, p. 17).

(2) E. Collin, *Recherches sur les affections de la rate dans lens fièvres paludéennes de l'Algérie (Recueil de mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, t. IV, p. 83, 2.ª série.—*Des ruptures spontanées de la rate dans les affect. palud. (id.*, t. XV).

(3) J. Meunier, *Rapport sur un cas de rupture de la rate présenté par Chaumel (Bull. de la Soc. anat.*, Abril, 1863).

§ I.—Causas.

Nada se sabe de positivo respecto á las *causas predisponentes;* se ha dicho, pero sin pruebas, que los hombres estaban mas espuestos á esta enfermedad que las mujeres. Lo que sí sabemos de un modo positivo es que la esplenitis es casi siempre una afeccion *secundaria:* sobreviene principalmente en las caquexias palustre, hemorrágica y alcohólica.

Entre las *causas ocasionales* nos limitaremos á citar las violencias exteriores, el enfriamiento y las carreras largas y rápidas, y aun la existencia de estas causas, si se exceptúa la primera, no se halla enteramente fuera de duda. En cuanto á las emociones morales, á las supresiones de flujos y á la estension al bazo de las inflamaciones de los órganos inmediatos, mas bien se ha supuesto que demostrado su existencia.

Invasion.—Los principales síntomas que se han indicado de la *invasion* son los escalofrios, el calor y los sudores abundantes (1); pero cuando existen estos fenómenos, ¿no hay verdaderos accesos de fiebre intermitente?

§ II.—Síntomas.

Entre los *síntomas* de la enfermedad ya declarada, se han indicado principalmente la *pérdida del apetito*, la *sed*, las *náuseas*, los *vómitos*, una *tension*, una *incomodidad*, un *dolor* mas ó menos vivo en el hipocondrio izquierdo y en el epigastrio, dolor que se irradia hácia el abdómen y el hombro izquierdo.

La region esplénica no presenta nada notable en su aspecto mientras que no se ha formado un absceso superficial; pero si se practica la *percusion*, se puede asegurar que hay una *tumefaccion* mas ó menos considerable del órgano, y al mismo tiempo se nota cierto grado de *sensibilidad á la presion*; si la tumefaccion es muy considerable, se reconoce por la *palpacion* hecha por debajo del borde de las costillas falsas izquierdas una *resistencia* con sensibilidad debida al desarrollo del bazo por el lado del abdómen.

El dolor por la palpacion ha faltado en una de las dos observaciones referidas por Mallet (2).

Absceso.—Cuando se ha formado un absceso considerable, se observan fenómenos análogos á los que hemos descrito en los casos de *abscesos del hígado*, es decir, que hay tumefaccion, pastosidad, rubicundez difusa, y que concluye por último por presentarse una *fluctuacion* mas ó menos manifiesta.

(1) Dalmas, *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, t. XXVII, art. RATE.

(2) Mallet, *Abcès de la rate, etc.* (*Recueil de mémoires de medecine et de chirurgie militaires*, 3.ª série, t. II, 1859).

Los signos del absceso se presentan, ó hácia los lomos, ó en el espacio comprendido entre las falsas costillas izquierdas y la línea blanca ó el ombligo. En la segunda observacion de Mallet, la salida del tumor y la fluctuacion fueron muy sensibles á este nivel.

En los casos de inflamacion intensa la *fiebre* es considerable, y segun algunos autores se presenta por *accesiones irregulares*; pero seria preciso tener datos mas numerosos que los que poseemos para decidirnos acerca de este punto. Así nos limitaremos á indicar los hechos siguientes: el doctor Chiappini (1) ha citado un caso de absceso del bazo notable por la particularidad de que hubo accesiones de fiebre intermitente, pero que solo se presentaron al octavo dia de la enfermedad, y hasta entonces la fiebre habia sido contínua. El doctor Charlton (2) ha observado un caso semejante en un hombre de cuarenta y dos años, que gozaba habitualmente de buena salud: los síntomas han sido sed, anorexia, dolor vivo en el trayecto del cólon, y en el epigastrio, una sensacion de plenitud y de resistencia en el espacio comprendido entre las costillas falsas y el ombligo, y una fiebre intensa. El enfermo sucumbió en un estado de marasmo con síntomas cerebrales y febriles violentos: *no habia verdadera intermitencia*, y solo los dias eran mas tranquilos que las noches. En la autopsia se halló en el bazo una cavidad de cinco á siete pulgadas de diámetro llena de pus mezclado con sangre.

Por último, se ha observado *estreñimiento*, *abatimiento*, y mas tarde *diarrea* con una *debilidad* suma, *agitacion* y *delirio*, fenómenos que preceden poco tiempo á la muerte, y que pueden considerarse como síntomas de la agonía.

En los casos que ha observado el profesor Cruveilhier (3), los síntomas mas notables han sido *náuseas*, *vómitos*, *sufocacion*, *angustia*, *pulso medianamente fuerte y frecuente* y algunos signos de remitencia. Grisolle (4), que cita estos hechos, añade que ha visto un conjunto de síntomas semejantes, y además *fenómenos cerebrales* en un caso de esplenitis circunscrita; pero cree que en este caso la lesion era probablemente secundaria de una enfermedad indeterminada.

Como signos notables, Mallet ha señalado que en la época de la formacion de los abscesos en la esplenitis consecutiva á las fiebres palúdicas, el tinte caquéctico particular de los enfermos se fijaba en el espesor de la piel, como si el miasma se destruyera en el órgano que parecia coleccionarle. En uno de estos dos casos el sugeto ha mostrado desde que ha tenido su absceso, una bulimia análoga á la voracidad que algunos experimentadores (5) han notado en los animales privados de su bazo.

(1) Chiappini, *The Lancet*, Julio 1845.
(2) Charlton, *London medical Gazette*, Febrero 1849.
(3) J. Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, 11 livraison.
(4) Grisolle, *Traité de pathologie interne*, 9.ª édition. Paris, 1865, t. I, p. 345.
(5) Schiff, *Archiv. für Heilkunde*, t. III, 3.ª livraison, 1862.

Rosch ha notado en el caso que ha tenido ocasion de observar el *color pardo claro de la lengua*, *epistaxis*, y la *orina* sumamente *ácida*.

§ III.—Curso, duracion y terminacion.

Nada podemos decir de positivo respecto al *curso*, á la *duracion* y á la *terminacion* de la enfermedad. Algunos autores han dicho que habia en la esplenitis una intermitencia al principio irregular y que luego tiende á regularizarse; pero este es un hecho que está todavía por estudiar. En el caso que cita el doctor Rosch terminó la enfermedad por resolucion, y se han citado algunos otros hechos del mismo género. Entonces los síntomas generales y locales fueron desapareciendo poco á poco; la tumefaccion local, sin embargo, es muy lenta en su desaparicion. Se ha visto tambien que los abscesos del bazo se vacian, lo mismo que los del hígado, *en los intestinos*, *en el estómago*, *en los pulmones* y hasta *en la vagina* (1); en algunos casos se han abierto al exterior, y mas comunmente se ha dado salida al pus por medio del instrumento cortante. Las diferentes evacuaciones del pus no presentan nada de particular que no se haya dicho detalladamente al tratar de los abscesos del hígado, y en estos diversos casos la *terminacion* puede ser favorable.

Es fatalmente mortal, cuando el absceso se abre en el peritoneo, como se ha presentado en uno de los enfermos de Mallet, y en otro cuya observacion ha hecho Védrenne (2). En este caso la enfermedad dura de veinte á treinta dias.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

En la autopsia se encuentra el bazo aumentado de volúmen, de color oscuro, blando, friable y presentando unas veces restos de infiltracion purulenta y otras colecciones de pus diseminadas, y por último, abscesos voluminosos en los cuales se notan con frecuencia coágulos ó lodo esplénico con pus. En los casos complicados, se hallan naturalmente las señales de la abertura del absceso en diferentes cavidades, y particularmente las lesiones de la peritonitis, cuando ella ha cerrado la escena morbosa.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* de la esplenitis es difícil. El dolor en el hipocondrio izquierdo, la tumefaccion del bazo comprobada por medio de la pal-

(1) Schlichting, cité par Dalmas, *loc. cit.*, t. XXVII, p. 261.
(2) Védrenne, *Abcès hématique de la rate ouvert dans le péritoine, observé chez un homme atteint de purpura (Recueil de mémoires de médecine et de chirurgie militaires* 2.ª série, t. XIV, 1854).

pacion y de la percusion, la fiebre y el no haber ninguna afeccion del estómago ni de los pulmones, debe inclinarnos á admitir la existencia de una esplenitis, sobre todo si estas condiciones se reunen en un sugeto que ha padecido fiebre intermitente ó que hizo excesos alcohólicos.

Cuando se forma un absceso, que se presenta en los lomos, puede haber dudas sobre si es una supuracion del riñon izquierdo ó del tejido celular que rodea á este órgano. Es muy difícil diagnosticar este caso; dejamos su estudio para el artículo en que tratemos de las *afecciones renales*.

Prónostico.—El *pronóstico* es grave, pero, sin embargo, ya hemos dicho que se efectuaba la curacion en un número bastante considerable de casos.

§ VI.—Tratamiento.

Basta indicar rápidamente los diversos medios que se han puesto en uso. Carecemos de hechos para apreciarlos cual corresponde; la observacion sucesiva será la que nos dará á conocer su eficacia.

Emisiones sanguíneas, emolientes.—Si la esplenitis fuera primitiva y se tratara de un sugeto en condiciones de salud general medianas, se podrá recurrir á las emisiones sanguíneas, á la sangría general, y mejor á las aplicaciones de sanguijuelas ó de ventosas escarificadas, *loco dolenti*; pero con mucha frecuencia los enfermos están ya débiles, y se prefiere recurrir á los vejigatorios, á las fricciones irritantes, ó simplemente á los baños ó tópicos emolientes, teniendo mientras al enfermo á dieta ó con alimentos ligeros.

Purgantes.—Algunos médicos recomiendan el uso de purgantes ligeros, pero es dudoso que este medio tenga mas ventajas que la de mantener el vientre libre.

Antiperiódicos.—La mayor parte de los que se han ocupado de esta afeccion han recomendado la administracion de la sal de quinina á la dósis de 50 centígramos á 1 gramo (10 á 20 granos) ó mas, segun los casos, y que muchos han insistido en la ventaja de unir la administracion de este medicamento al uso del tratamiento antiflogístico. Esta prescripcion ha sido con frecuencia una concesion á las ideas teóricas relativas al papel del bazo en la intermitencia; pero, precisamente la experiencia ha demostrado la sin razon en esto á tales ideas, porque el sulfato de quinina ha tenido siempre mal éxito, y aun en los casos en que la esplenitis procedia de la caquexia palúdica, ni la ha prevenido ni disipado.

Tratamiento quirúrgico.—Está indicado en las mismas condiciones que para los abscesos del hígado, é implica los mismos procedimientos.

ARTÍCULO II.

ESPLENITIS CRÓNICA, INFARTO CRÓNICO DEL BAZO.

Nos limitaremos lo mas que sea posible en este artículo á la sola inflamacion crónica del bazo, sin mezcla de influencia palúdica, ó al menos considerada de una manera independiente y fuera de sus relaciones con las fiebres de los pantanos.

§ I.—Causas.

Apenas podemos buscar las causas de la *inflamacion crónica* bien caracterizada mas que en las *violencias exteriores*, y así se ha visto que á consecuencia de golpes ó caidas sobre la region esplénica se pone el bazo hinchado, dolorido, y presenta despues de la muerte, ocurrida á un tiempo mas ó menos largo de la violencia exterior, restos de supuracion; en semejante caso no es dudosa la existencia de la inflamacion crónica. Algunas veces se ha hallado una *infiltracion purulenta* y *colecciones de pus diseminadas* en sugetos en quienes no se podia descubrir causa alguna semejante, ni atribuir tampoco la enfermedad á ningun estado patológico anterior. Estos casos de inflamacion crónica del bazo son sumamente raros. Monneret (1) ha citado un caso notable de esplenitis crónica sin que haya allí habido ni fiebre, ni violencia exterior; L. Colin (2), otro en que la contusion como orígen era bastante dudosa.

Los casos mas numerosos de infarto crónico del bazo son incontestablemente secundarios de las fiebres intermitentes, como está establecido por las investigaciones de Nivet (3) y de médicos militares, entre los cuales hemos citado el interesante trabajo de E. Collin. *El escorbuto*, el *raquitismo*, la *escrófula*, permiten tambien el desarrollo del bazo (4); pero en estos últimos, lo mismo que en ciertos casos de *hemofilia*, como Laveran (5) lo ha observado en Val-de-Grâce, se añade alguna vez al conjunto morboso, un elemento importante, la leucemia ó leucocitemia. No hemos de apreciar aquí el papel del aumento de glóbulos blancos, primitivo ó secundario, en los estados morbosos del bazo: esta cuestion se ha discutido en el artículo LEUCOCITEMIA (tomo I). En las observaciones de Monneret y de L. Colin,

(1) Monneret, *Splénite chronique (Archives générales de médecine*, Noviembre, 1859).
(2) L. Colin, *Études cliniques de médecine militaire*. Paris, 1864.
(3) Nivet, *Archives générales de médecine*, 1838, 3.ª série, t. I, p. 310, t. II, p. 25.
(4) Preussi, cité par Nivet.
(5) Laveran, *Note sur un cas d'hémophilie avec leucocythémie et alteration de la rate (Gazette hebdomadaire*, 1857).

la leucemia faltaba positivamente; lo mismo sucedia en un caso citado por Woillez (1).

No hablaremos aquí de la *herencia* ya indicada por Hipócrates de las *profesiones*, de la *higiene* en general, de las *estaciones*, etc., porque estas son cuestiones secundarias que no pueden resolverse hasta despues de estarlo las anteriores.

§ II.—Síntomas.

Se han citado cierto número de ejemplos (2) que prueban puede existir una hipertrofia muy considerable del bazo sin que parezca que la salud se halla notablemente alterada; pero esta observacion no puede aplicarse á los casos en que existe una *inflamacion crónica bien caracterizada*, pues en estos casos se halla, además de los signos que indicaremos mas adelante, un dolor mas ó menos vivo en el hipocondrio izquierdo que aumenta por la presion, por los grandes movimientos y al andar, y ademas se observan los *síntomas de la fiebre héctica* que conduce al enfermo al sepulcro con mas ó menos rapidez despues de haberle sumido en el *marasmo*. Esto es lo que sucede por otra parte en todos los casos en que un órgano ha sido invadido por una supuracion lenta.

En algunos enfermos se marca bien el *acceso febril* corto que se observa por las tardes en todas las supuraciones crónicas, y hasta cede al uso del sulfato de quinina; así algunos se han apresurado á citar estos casos como corroborantes de la opinion que coloca en el bazo el asiento de las fiebres intermitentes. Pero se ha echado en olvido que esto mismo puede suceder en las diversas enfermedades crónicas cuya consecuencia es la consuncion, y que en la tísis, por ejemplo, se observan accesiones de fiebre que repiten á la misma hora, caracterizadas por escalofrios, calor y sudor, y que ceden á veces completamente al uso del sulfato de quinina sin que el bazo presente nada anormal.

Existe con bastante frecuencia un tinte terroso, ó aun ictérico, debido á la solidaridad de las funciones del hígado con las del bazo. A este matiz de la piel se le ha dado el nombre de *ictericia esplénica*. (J. Meunier.)

Los signos locales que sirven para dar á conocer la enfermedad, dependen casi todos del *aumento de volúmen* del órgano.

Por la *palpacion* es siempre fácil reconocer este aumento de volúmen, porque sobresaliendo el bazo del borde de las costillas falsas izquierdas en los casos de infarto crónico, suele dirigirse hácia el ombligo y aun hasta la pélvis. Se conoce que es un infarto del bazo

(1) Woillez, *Obs. d'hypertrophie de la rate, etc. (Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1857).

(2) Mivat, *Recherches sur l'hypertrophie de la rate.*—Voyez ceux que Nivet a empruntés à Vésale, Forrestus, Mappus, etc.

y no otro tumor en la forma del órgano que termina hácia abajo en punta obtusa y que representa por consiguiente un segmento de ovoide, en que se continúa el tumor por debajo de las costillas falsas, y ordinariamente por su indolencia.

Muy rara vez es necesario emplear la percusion para reconocer por el lado del abdómen un estado tan fácil de apreciar; pero se la puede practicar para limitar exactamente la extension del órgano hipertrofiado y reconocer su aumento ó su disminucion en el curso del tratamiento. Por el lado del pecho es indispensable la percusion como medio exploratorio, pues el bazo hipertrofiado puede empujar el diafragma y el pulmon y dirigirse á bastante altura en esta cavidad, y solo por este medio de exploracion se puede reconocer semejante aumento de volúmen.

Es raro que el infarto crónico produzca dolor, pero el peso del tumor y su volúmen ocasionan un *malestar* y una *tension* del hipocondrio izquierdo, que aumenta en los grandes movimientos al andar, etc., y estas sensaciones que pueden trasformarse á veces en un verdadero *dolor*. Ya hemos dicho mas arriba que era raro que la presion determinase dolor, y mucho mas aun el que este dolor fuese un poco fuerte.

Puede ser tan voluminoso el bazo, que está el vientre completamente *deforme*, y cuando no hay ascitis, presenta el lado izquierdo del abdómen un tumor aparente y que es difícil confundir con el desarrollo de ningun otro órgano: por el contrario, el lado derecho parece deprimido, á no ser que haya una complicacion ó que se hallen los intestinos distendidos por gases.

Desde la mas remota antigüedad se ha hablado de la *ascitis* en los casos de hipertrofia del bazo, pues Hipócrates la ha indicado en varios pasajes de sus obras, y la mayor parte de los autores han hecho en seguida mencion de este síntoma. Pero esta hidropesía, ¿depende en realidad del infarto del bazo, ó debemos buscar su causa en otro estado órganico? Las observaciones recogidas por Nivet, las de E. Collin, de Haspel (1), de L. Colin (2), demuestran que la hidropesía peritoneal no está necesariamente ligada á la hipertrofia del bazo, ni aun del hígado, y que la ascitis de la caquexia palustre es mas bien debida al empobrecimiento de la sangre en estos enfermos. Sin embargo, y Valleix lo ha notado en el hospital de la Piedad, en un muchacho de catorce años, la tumefaccion del bazo puede obrar directamente para producir el derrame, comprimiendo la vena porta.

En los casos que hay ascitis, el vientre está ancho y prominente, y para llegar á reconocer la existencia de la hipertrofia del bazo, es preciso comprimir con rapidez la pared anterior de esta cavidad á fin de aplicar de pronto los dedos sobre el tumor. Por este medio, despues de haber desviado la capa de líquido interpuesta y de

(1) Haspel, *Traité des maladies de l'Algérie*, t. II, p. 419.
(2) L. Colin, *Études clin. de méd. militaire*, p. 131.

haber sentido su choque, se llega con los dedos á un cuerpo cuya resistencia se conoce inmediatamente.

Quedan ahora ciertos síntomas que se hallan enumerados en todos los autores, pero que mas bien son consecuencia de las enfermedades bajo cuya influencia se ha desarrollado el infarto crónico del bazo que de este infarto mismo. Tales son el *enflaquecimiento*, la *palidez ó aspecto térreo de la cara*, la *sequedad de la piel* las lipotimias, etc. Cuando el bazo está sumamente voluminoso puede empujar el pulmon y ocasionar cierto grado de *opresion*.

§ III.—Curso, duracion y terminacion.

El curso de la enfermedad es lento y contínuo, tanto en la *inflamacion* como en la *simple hipertrofia crónica*. La *duracion* es ilimitada. La *terminacion* es alguna vez favorable, cuando se puede dominar la enfermedad primitiva. La inflamacion puede estenderse al peritoneo, como en el caso de L. Colin, ó disponer el bazo á la rorotura; dos de las observaciones de E. Collin (1) han llegado á un reblandecimiento crónico inflamatorio que ha tenido este término fatal.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

Además del volúmen y el peso, que están considerablemente aumentados y que pueden estarlo hasta el punto que el órgano, que ocupa la mayor parte del abdómen, pese 9 kilógramos (18 libras) (2) se hallan *en los casos de inflamacion*, el reblandecimiento gris y las colecciones purulentas mas ó menos numerosas y de mayor ó menor estension, y en los *casos de hipertrofia*, el engrosamiento de las cubiertas del bazo, con mucha frecuencia mayor densidad de su tejido, y á veces se encuentra tambien este en su estado normal.

En la observacion de Monneret, el bazo presentaba la *congestion*, la *hemorragia*, la *flegmasía exudativa*, la *flegmasía supurativa* y la *flebitis*, ocho ó diez pequeños abscesos enquistados, pus en las venas, y en la parte superior de la glándula, una masa dura, fibrinosa, que destruian el parénquima. En la de L. Colin habia un foco purulento enquistado entre el bazo y las falsas membranas peritoneales. En otro de Barth (3) habia obliteracion de la vena esplénica, lo cual explicaba la hipertrofia sin fiebre intermitente anterior.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

Está basado casi completamente en la existencia de signos locales

(1) Duverney, *Œuvres anatomiques*. Paris, 1761, t. II, p. 249.
(2) E. Collin, *Rupture spontanée de la rate, etc.*
(3) Barth, *Bull. de la Soc. anat.*, 1854. Voyez aussi mémе recuil, Mayo 1856.

haber sentido su choque, se llega con los dedos á un cuerpo cuya resistencia se conoce inmediatamente.

Quedan ahora ciertos síntomas que se hallan enumerados en todos los autores, pero que mas bien son consecuencia de las enfermedades bajo cuya influencia se ha desarrollado el infarto crónico del bazo que de este infarto mismo. Tales son el *enflaquecimiento*, la *palidez ó aspecto térreo de la cara*, la *sequedad de la piel* las lipotimias, etc. Cuando el bazo está sumamente voluminoso puede empujar el pulmon y ocasionar cierto grado de *opresion*.

§ III.—Curso, duracion y terminacion.

El curso de la enfermedad es lento y contínuo, tanto en la *inflamacion* como en la *simple hipertrofia crónica*. La *duracion* es ilimitada. La *terminacion* es alguna vez favorable, cuando se puede dominar la enfermedad primitiva. La inflamacion puede estenderse al peritoneo, como en el caso de L. Colin, ó disponer el bazo á la rorotura; dos de las observaciones de E. Collin (1) han llegado á un reblandecimiento crónico inflamatorio que ha tenido este término fatal.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

Además del volúmen y el peso, que están considerablemente aumentados y que pueden estarlo hasta el punto que el órgano, que ocupa la mayor parte del abdómen, pese 9 kilógramos (18 libras) (2) se hallan *en los casos de inflamacion*, el reblandecimiento gris y las colecciones purulentas mas ó menos numerosas y de mayor ó menor estension, y en los *casos de hipertrofia*, el engrosamiento de las cubiertas del bazo, con mucha frecuencia mayor densidad de su tejido, y á veces se encuentra tambien este en su estado normal.

En la observacion de Monneret, el bazo presentaba la *congestion*, la *hemorragia*, la *flegmasía exudativa*, la *flegmasía supurativa* y la *flebitis*, ocho ó diez pequeños abscesos enquistados, pus en las venas, y en la parte superior de la glándula, una masa dura, fibrinosa, que destruian el parénquima. En la de L. Colin habia un foco purulento enquistado entre el bazo y las falsas membranas peritoneales. En otro de Barth (3) habia obliteracion de la vena esplénica, lo cual explicaba la hipertrofia sin fiebre intermitente anterior.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

Está basado casi completamente en la existencia de signos locales

(1) Duverney, *Œuvres anatomiques*. Paris, 1761, t. II, p. 249.
(2) E. Collin, *Rupture spontanée de la rate, etc.*
(3) Barth, *Bull. de la Soc. anat.*, 1854. Voyez aussi même recuil, Mayo 1856.

y físicos fáciles de apreciar; creo igualmente haber dicho lo bastante acerca del *pronóstico* al hablar de la terminacion.

§ VI.—Tratamiento.

Si solo atendemos á los medicamentos que se han dirigido contra la inflamacion y el infarto crónico del bazo, hallamos la terapéutica sumamente pobre; pero en la mayor parte de los casos se han tratado al mismo tiempo el infarto crónico y la enfermedad de que este es consecuencia.

Contra la inflamacion crónica se han usado las *emisiones sanguíneas* y principalmente las *sanguijuelas* y las *ventosas escarificadas* aplicadas á la region esplénica, completando el tratamiento en tales casos los *tópicos emolientes* y las *bebidas diluentes*. Cuando un *absceso* llega á ser accesible á la exploracion, no se debe dudar en abrirle, obrando en este caso como queda dicho en el artículo destinado á los *abscesos del hígado*.

Se ha usado la *quina* ó el *sulfato de quinina*, ya atendiendo á los antecedentes reales de fiebre intermitente, ya á las ideas teóricas de que antes se ha hablado. Carron, de Annecy (1), y Bally (2), lo mismo que otros muchos prácticos mas modernos, prefieren la quina dada de una manera prolongada al sulfato de quinina en el tratamiento de la hipertrofia del bazo cuando existe caquexia palúdica.

Los *ferruginosos* y las *aguas ferruginosas* se usan con éxito en la anemia que acompaña este estado. (Véase tomo I, artículo ANEMIA.)

Las preparaciones de *aguas alcalinas* convienen aquí, bajo las mismas condiciones, y con el mismo buen éxito que en las afecciones crónicas del hígado. (Véase art. *Hepatitis*, t. IV.)

Los médicos antiguos usaban desde luego los *purgantes* y los *diuréticos*: es bueno no recurrir á ellos sino de cuando en cuando, y al contrario, aconsejar el uso habitual de los tónicos, lo cual se comprenderá fácilmente remontándose al orígen ordinario de los infartos del bazo.

ARTÍCULO III.

APOPLEJÍA, ROTURA DEL BAZO.

Siendo la rotura del bazo consecuencia de un *estado apoplético* de este órgano, debemos antes de describirla indicar la *apoplejía del bazo*, lesion poco conocida hasta ahora en sus síntomas, pero de la cual poseemos algunos ejemplos. Nos limitaremos á indicar los que han citado Mignot y Lemaistre (3) internos de los hospitales.

(1) Carron (d'Annecy), *Journal général de médecine*, 1809.
(2) Bally, *Journal des connaissances medicales*, 1833.
(3) Lemaistre, *Bulletins de la Societé anatomique*, 1848.

uno de estos casos habia fiebre contínua y el enfermo se quejaba de un dolor en el hipocondrio y brazo izquierdos, y en el segundo habia accesiones de fiebre intermitente. En la autopsia se halló un foco apoplético mas ó menos extenso, que contenia sangre semilíquida y una espcie de papilla sanguínea.

§ I.—Causas.

Segun las investigaciones del doctor Vigla (1), de que vamos á hacer un exámen, «la *rotura del bazo* debe considerarse como la terminacion de un estado morboso de este órgano, que llevaba ya un tiempo mas ó menos largo de duracion, y en este supuesto no debe asimilarse á las congestiones repentinas del cerebro y del pulmon capaces de destruir el parénquima de estas vísceras, sin ninguna alteracion anterior apreciable.» Por lo comun este estado morboso no es otro que la hipertrofia que resulta de las accesiones de *fiebre intermitente*; en un caso que cita Vigla, se trataba de un infarto que apareció al décimo dia de la *fiebre tifoidea*, y el doctor Landouzy (2) ha visto igualmente un caso de rotura del bazo en el curso de esta fiebre. En su informe á la Sociedad anatómica, J. Meunier recuerda numerosos casos de esta lesion tomados de diversos autores, y en particular de los médicos de paises pantanosos: Sotis en Italia, y Playfair en la India; este trabajo será leido con gran interés. Como hecho excepcional, señalaremos solamente la rotura del bazo observada en un feto de ocho meses, comunicada por Charcot á la Sociedad de biologia (3). Lo mas frecuente, allí habrá habido fiebre intermitente, despues traumatismo; en un caso recogido por Verga, no se señala fiebre de accesos. Sucede, al parecer, que el bazo, bajo la influencia de una causa ignorada, alcanza cierto volúmen y una friabilidad que un choque ó cualquiera otro accidente exterior le pone en evidencia por la produccion de una rotura. Otras veces el traumatismo solo ha sido la causa.

El doctor Plainchant (4) ha citado un caso de rotura del bazo en un *epiléptico*, habiendo sobrevenido aquel accidente durante un *acceso de epilepsia* mas intenso que de ordinario.

§ II.—Síntomas.

Los síntomas se parecen á los de la peritonitis por perforacion (5),

(1) Vigla, *Recherches sur la rupture spontanée de la rate (Archives générales de médecine*, Diciembre 1843 et Enero 1844, 4.ª série, t. III, p. 377, et t. IV, p. 17).
(2) Landouzy, *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1847, t. XIII. p. 320.
(3) Charcot, *Rupture de la rate chez un fœtus* (*Gazette des hôpitaux*, 1858, número 144).
(4) Plainchant, *Rapport général sur les travaux de la Société médicale de Moulins* 1845.
(5) Véase cap. V, art. I, Peritonitis.

que daremos á conocer en uno de los artículos siguientes (véase *Peritonitis)*; sin embargo, la hemorragia consecutiva á la rotura del bazo es tan considerable y tan rápida, que no tiene tiempo de desarrollarse la peritonitis. Conviene, pues, que indiquemos aquí lo que sucede en estos casos de rotura, y respecto á este punto, creemos mejor copiar el pasaje de la Memoria del doctor Vigla relativo á los signos de la enfermedad. Los síntomas que ha notado este autor son los siguientes:

1.° «Un *dolor* constante en el hipocondrio izquierdo, donde puede permanecer circunscrito, pero que por lo comun se estiende al epigastrio, al ombligo, y con menos frecuencia á la fosa ilíaca del mismo lado y á las demás partes del vientre. Este dolor, *que aparece de repente*, aumenta ó se conserva hasta el momento de la muerte, excepto en los casos raros en que esta no ocurre hasta despues de algunos dias, que entonces el dolor puede disminuir. Los observadores le han caracterizado de vivo, agudo, lancinante, cruel y atroz; está acompañado, segun los casos, de calor, sensacion de quemadura, de plenitud, peso ó tension en las mismas regiones; puede arrancar gritos al enfermo ó causarle movimientos convulsivos, y aumenta por una presion ligera, por el movimiento y hasta por el peso de las ropas de la cama.

»Si el enfermo se halla de pié en el momento del accidente, se ve *precisado á echarse ó á sentarse*, y á tomar diversas actitudes para calmar su dolor, y así se ha visto á alguno permanecer hasta el momento de la muerte con las extremidades inferiores dobladas sobre el vientre, el cuerpo encorvado hácia delante y apoyados los codos sobre las rodillas. La *cara* está siempre mas ó menos alterada, retraida, anhelante, y el enfermo se halla en un estado de *agitacion*, de espanto, y por lo comun de triste presentimiento de una muerte próxima.

2.° »Despues de estos síntomas se hallan indicados como frecuentes, pero que rara vez se reunen en el mismo individuo, uno ó muchos de los fenómenos siguientes: *meteorismo del vientre* en diversos grados, *náuseas*, *vómitos* de moco, de bílis, *diarrea*, *estreñimiento ó alternativas* de estos dos estados, y rubicundez y sequedad de la *lengua*, de las *encías* y de las demás partes de la *boca*.

3.° »Solo en un corto número de casos se ha observado el estado de la *circulacion*, y en estos se ha presentado el *pulso* frecuente desde la invasion del accidente, y su frecuencia ha aumentado de cada vez mas y mas hasta la muerte. Por otra parte presenta caractéres muy diversos segun las fases y la estension de la hemorragia. En el momento en que esta se verifica, si es muy abundante, desaparece el pulso, el semblante se pone pálido, se enfrian las extremidades, y el cuerpo se cubre de un sudor tambien frio. Estos son los casos en que ocurre la muerte casi instantáneamente por síncope. En un grado menos intenso, se continúa sintiendo el pulso, pero pequeño, contraido y formicante.

»Si se vuelve á explorar algunas horas despues del accidente y que el enfermo haya tenido tiempo y fuerza para reaccionarse, el pulso se desarrolla y hasta puede llegar á ser bastante ancho, aunque conservando blandura; á veces se le ha hallado *bis feriens* y hasta vibrante, y entonces la cara está roja y animada y la piel caliente y halituosa. Pueden sustituirse uno á otro repetidas veces los dos estados opuestos que presentan los órganos de la circulacion; pero en el último período casi constantemente vuelve á aparecer el pulso muy pequeño y frecuente, la piel fria, y un estado de debilidad suma precede por algun tiempo á la muerte.

4.° »La *respiracion* no se altera por lo general de un modo directo en la rotura del bazo, pero suele ser tan intenso el dolor, que detiene las contracciones del diafragma, y el pecho se dilata y estrecha, principalmente por la separacion de las costillas. En algunos casos hay una *tosecilla* seca que se debe considerar como simpática, pero en otros se la puede explicar por la existencia de un estado morboso de los pulmones anterior al accidente. En dos casos han hecho sospechar la invasion de una pleuresía diafragmática el sitio del dolor, circunscrito al hipocondrio izquierdo, los desórdenes en el ritmo de los movimientos respiratorios, el trastorno de la circulacion y la gravedad de la enfermedad.

5.° »Puede ocurrir la muerte sin que el enfermo haya presentado el menor desórden en su *inteligencia*. La terminacion funesta sobreviene en un instante ordinariamente demasiado corto para que esta funcion haya tenido tiempo de alterarse; esto es lo que resulta de tres observaciones bastante detalladas. Es inseparable de los dolores agudos de que hemos hablado un cierto grado de *escitacion* y de agitacion, y el *abatimiento* y la postracion que se presentan mas tarde están en relacion con la cantidad de sangre que ha perdido el enfermo y con la accion debilitante que ejercen sobre el sistema nervioso, la violencia y la continuacion de los dolores. No podemos dar importancia á *otros desórdenes cerebrales* mas profundos, tales como el delirio, el estupor y el coma, de que se habla en tres observaciones, porque estos enfermos se hallaban al mismo tiempo bajo la influencia, el último de una fiebre tifoidea, y los otros dos de una fiebre intermitente, en un pais (Roma) donde esta afeccion toma con tanta frecuencia el carácter pernicioso.»

El doctor Janssens (1) ha visto que la rotura del bazo produjo una muerte rápida en un hombre que padecia *fiebres intermitentes*, habiendo ocurrido el accidente al principio de la tercera accesion, á consecuencia de un acceso violento de cólera. Uno de los principales síntomas ha sido unos *calambres muy agudos en los testículos*. Chamel, en la observacion que hace el objeto del informe de J. Meunier, ha notado la *hematuria*.

(1) Janssens, *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, Octubre, 1845.

Los síntomas que acabamos de describir son, con poca diferencia, los mismos que se observan en los casos de perforacion y rotura de los demás órganos. Segun Vigla, no se mezclará en este conjunto ningun signo de naturaleza inflamatoria, gracias á la tolerancia del peritoneo para la sangre. Esta tolerancia es real: sin embargo, en el caso de Chaumel y en algun caso de E. Collin, habia peritonitis, y habian podido reconocerse las señales. En uno de los casos de este último observador la hemorragia era absolutamente nula.

§ III.—Curso, duracion y terminacion.

En el mayor número de casos ocurre la muerte antes de las veinticuatro horas, y á veces es repentina. De los hechos que ha observado el doctor Vigla, en cuatro sobrevino la terminacion funesta pasadas ya veinticuatro horas despues de la rotura, y solo una vez ha habido un intervalo de seis dias entre esta rotura y la terminacion fatal; pero este resultado ha sido constante. En el caso de Chaumel, el enfermo murió trece dias despues del traumatismo, causa de la rotura, súbitamente y en el momento en que se creia curado.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

El volúmen mas considerable del bazo, los derrames de sangre en su interior, el reblandecimiento de este órgano, el contener coágulos mas ó menos organizados, las dislaceraciones de varias formas en sus diferentes caras, pero sobre todo en la cara externa, y por último, la acumulacion de sangre en el peritoneo (compuesta parte de coágulos mas ó menos voluminosos, y parte de un líquido negro y de consistencia variable, acumulacion que puede ser tan variable que se ha valuado en algunos casos en 2 litros (4 cuartillos), tales son las lesiones anatómicas que resultan de este accidente.

E. Collin ha notado generalmente el reblandecimiento con hipertrofia: en un caso el bazo estaba despedazado, y los pedazos desprendidos se hallaban en el abdómen: en la quinta observacion habia comunicacion de un foco del bazo, que contenia un cuarto de litro de pus sanioso, inodoro, de color de chocolate, con la pleura izquierda; en fin, una vez pudo notarse un principio de reparacion de la rotura. Además existia con frecuencia peritonitis.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

En el mayor número de casos no es difícil conocer que hay una afeccion del peritoneo consecutiva á la rotura de un órgano y á un derrame en esta cavidad serosa: insistiremos además sobre este punto cuando tratemos mas adelante de la peritonitis por perforacion. Pero ¿cómo conocer que la rotura es del bazo y no de otro órgano? Vigla,

que se ha ocupado de esta cuestion lo mismo que de todas las que se refieren á este accidente, conviene que es necesario ser muy reservado acerca de este punto; pero que, sin embargo, si por los conmemorativos el profesor se llega á asegurar de la existencia anterior de una afeccion del bazo, y sobre todo de una de esas enfermedades que suelen ocasionar el infarto de este órgano, como por ejemplo, la fiebre intermitente: si se ha podido apreciar que el dolor partia del hipocondrio izquierdo, y si hay síntomas que correspondan á la hemorragia interna, se puede admitir la existencia de una rotura del bazo, que en seguida viene á confirmar el curso sumamente rápido de la enfermedad.

El *pronóstico* es sumamente grave; sin embargo, en dos de las observaciones que ha reunido el doctor Vigla, ha hallado en el curso de la enfermedad y en ciertas remisiones de los síntomas, circunstancias que le han hecho creer que á lo menos en algunos casos podia haber esperanzas de obtener la curacion.

§ VI.—Tratamiento.

«Las indicaciones que hay que llenar, dice este autor, son las siguientes: 1.° Contener la hemorragia, favorecer la coagulacion de la sangre y prevenir la reproduccion de aquella; 2.° calmar el dolor.

«Para lo primero aconsejaria la *inmovilidad absoluta* en una cama sin cortinas, con poca ropa y formada de un colchon de crin; la aplicacion de *una vejiga llena de agua de nieve al hipocondrio izquierdo;* una *sangría copiosa*, si la cantidad de sangre derramada en el abdómen fuese poco considerable; el uso interior, aunque en cortas cantidades, de *limonadas minerales* y *extractos astringentes (ratania, catecú, polvos de colombo);* el *silencio* mas completo y el cuidado por parte del enfermo de contener ó *moderar sus gritos*, *sus quejas y todos los actos respiratorios* provocados por el dolor, que ejercen una influencia en la circulacion venosa.

»Si la hemorragia hubiese sido bastante abundante para causar desmayos y hasta el mismo síncope, seria preciso obrar con circunspeccion en el uso de los medios mas ó menos excitantes, necesarios para combatir semejante estado, y ocuparse tanto de moderar la reaccion que sigue ordinariamente como de reanimar las fuerzas.

»Para cubrir la segunda indicacion me parecia tanto mas conveniente el *opio á altas dósis*, cuanto que lejos de contrariar la accion de los medios anteriores la secundaria, y en caso de duda entre una rotura del bazo y la de una porcion del conducto digestivo, se aplicaria mejor aun á la segunda que á la primera.» (Vigla.)

El opio á altas dósis ya habia sido recomendado por Graves y Stokes en la peritonitis por perforacion (1).

(1) Graves, *Leçons de clinique médicale*, traduit por Jaccoud, 2.ª édition. Paris, 1863.

ARTÍCULO IV.

QUISTES HIDATÍDICOS DEL BAZO.

Los quistes hidatídicos del bazo constituyen una afeccion sumamente rara; Cruveilhier ha referido muchos ejemplos (1). Andral ha observado uno y notado que tenia las paredes mas delgadas que las del hígado (2). Duplay presentó á la sociedad de biologia un hecho notable de un quiste que habia dividido el bazo en dos mitades; en estas dos circunstancias, el parénquima esplénico estaba sano.

Legroux (3) ha tenido ocasion de notar un caso en su práctica en un hombre de veinticuatro años, que acusaba dolores en el hipocondrio izquierdo que databan de tres semanas y habian sobrevenido sin causa conocida; sin embargo, el enfermo habia recibido en este punto, tres meses antes, un golpe de la lanza de un carruaje, que habia determinado un dolor pasajero. El hipocondrio izquierdo estaba ocupado por un tumor, cuyo volúmen podia igualar la cabeza de un niño de término; era elástico, indolente á la presion, ofrecia una fluctuacion oscura; ningun cambio de color en la piel. Legroux notó una especie de crepitacion análoga á la que produce la nieve, que se aplasta debajo del pié; la auscultacion mostró igualmente un ruido de frote granuloso, percibido por el enfermo mismo, semejante al de cuero nuevo, ocupando todo el hipocondrio enfrente del tumor, producido por todos los movimientos impresos á la pared abdominal. El estado general de la salud no habia sufrido ninguna alteracion.

Se aplicó al centro del tumor la potasa cáustica, de manera que produjese una escara del largo de una pieza de 5 pesetas; se continuaron estas aplicaciones hasta que el plano muscular fué atravesado; despues de diez dias, pensando que las adherencias estarian formadas, se abrió el tumor con el bisturí, pero el enfermo sucumbió á una infeccion purulenta.

(1) J. Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, avec planches coloriées.

(2) Andral, *Clinique médicale*, t, IV, liv. II, obs. XLIII.—Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*. Paris, 1860, p. 487.

(3) Legroux, *Kyste hidatique de la rate, ouverture par ponction après cautérisation de la partie correspondante de la paroi abdominale; vive inflammation du sac; mort par infection purulente* (*Union médicale*, 20 Agosto, 1850).

CAPÍTULO IV.

ENFERMEDADES DEL PÁNCREAS.

Poseemos un número bastante considerable de observaciones de las enfermedades del páncreas, pero casi todas tan incompletas, y presentan tales diferencias, que es imposible reunir, respecto á un objeto dado, un número suficiente para llegar á formar una historia un poco exacta de una afeccion cualquiera de este órgano. Así, pues, á pesar del gran número de hechos que se han publicado, se puede decir que las enfermedades del páncreas, consideradas como afecciones primitivas, son sumamente raras.

Casi todos los autores han hablado de *vicios de conformacion*, de *dislocacion* de este órgano, de su *atrofia*, su *rotura*, etc.; pero como respecto á esto nada importante podemos decir para la práctica, ni aun en cuanto á su rotura, que solo se ha observado en casos de grandes violencias exteriores (1), pasaremos de largo y solo nos ocuparemos de la *inflamacion*, del *cáncer* del páncreas y del *flujo pancreático*, añadiendo únicamente dos palabras acerca de los *cálculos* y de los *quistes*.

La obra mas importante que se ha publicado acerca de este asunto es la de Mondiere (2), que ha reunido la mayor parte de las observaciones conocidas, y que si las mas veces no ha podido llegar á hacer sino una descripcion bastante vaga de las afecciones pancreáticas, ha sido, como hemos dicho hace poco, porque los hechos eran enteramente insuficientes. Mas tarde Fauconneau Dufresne (3), cuyos trabajos acerca de estas afecciones del hígado he tenido que citar repetidas veces, ha emprendido la tarea de trazar el cuadro nosográfico de las enfermedades del páncreas, y su Memoria acerca de este punto contiene hechos de un verdadero interés.

Los trabajos de Claudio Bernard sobre la anatomía y fisiología del páncreas, al mismo tiempo que han arrojado luz, toda nueva, sobre las funciones de este órgano, han sido la ocasion de estudios interesantes sobre la patología de la glándula pancreática. Se han hecho muchas observaciones nuevas; las que existian de antes en la ciencia han sido objeto de un exámen crítico, y Bernard se encargó él mismo de reproducir y analizar estos hechos (4). El páncreas, se sabe despues de las investigaciones de Cl. Bernard, segrega un lí-

(1) Véase Travers, *The Lancet*, 1826.
(2) Mondière, *Rech. pour servir à l'hist. du pancréas (Archives gén. de méd.*, 1836, 2.ª série, t. XI, p. 36-265, t. XII, p. 133).
(3) Fauconneau-Dufresne, *Essai de pancréatologie (Union médicale*, número de 5 Enero y números sig.).
(4) Cl. Bernard, *Mémoire sur le pancréas*, in-4. Paris, 1856.

quido cuya propiedad esencial es emulsionar las grasas y contribuir así con una parte considerable al trabajo de la digestion. Luciano Corvisart (1) ha demostrado además, de concierto con Schiff, que la pectona gástrica provoca sola la secrecion del fermento pancreático, y que este digiere la albúmina y la fibrina, sea ácido, alcalino ó neutro. De esto resulta que la integridad del páncreas es indispensable para la digestion, y que sus enfermedades se traducen siempre por un trastorno considerable y muy grave de las funciones digestivas. Tomamos estos hechos adquiridos por los experimentos é investigaciones de los fisiólogos para establecer de esta manera algunos signos propios y suficientemente característicos.

ARTICULO I.

PANCREATITIS.

Ya en los autores antiguos, tales como Bartholino, Tulpio, Blasio, Higmoro, etc., se halla la descripcion de lesiones del páncreas que pueden referirse á la inflamacion aguda ó crónica de este órgano. El doctor Becourt (2) ha indicado algunos ejemplos de esta enfermedad, y Mondiere ha recogido los mas importantes que pertenecen á Schmackpfeffer (3), Harles (4), etc. Lo que hay de mas notable en estas observaciones es la causa á que se ha podido atribuir la enfermedad en casi todos los casos en que parecia que el páncreas era casi el órgano exclusivamente afectado. Esta causa era el uso del mercurio, de que volveremos á ocuparnos al momento; en la mayor parte de las demás observaciones, y en particular en las que ha publicado el doctor Tonnelé (5) la afeccion era secundaria, y por consiguiente estos hechos tienen mucha menos importancia para nosotros. Me limitaré á indicar lo que aparece mas general en estas observaciones.

1.° PANCREATITIS AGUDA.

§ I.—Causas.

La pancreatitis simple apenas se ha presentado mas que bajo la influencia del *uso del mercurio*, como decíamos hace poco; sin em-

(1) L. Corvisart, *De sécrétions en général de l'influence de la digestion gastrique sur l'activité fonctionnelle du pancréas* (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1858, t. XXIII, et *Gazette des hôpitaux*, 1861, n.° 25, p. 99, Mayo, 1864).

(2) Bécourt, *Recherches sur le pancréas*, thése de Strasbourg, 1830.

(3) Schmackpfeffer, *Observ. de quibusd. pancr. morb.* Hallæ, 1817.

(4) J. C. F. Harless, *Ueber die Krankh, des pankreas*. Nurnberg, 1812.

(5) Tonnellé, *Mémoire sur les fièvres puerpérales*, p. 487 (*Arch. gén. de méd.*, t. XXII).

bargo, no se halla esta causa en la tercera observacion de Mondiere, en la que parece que la enfermedad se ha desarrollado *sin causa aparente*.

En las demás observaciones (1) la pancreatitis, caracterizada casi siempre por la supuracion de la glándula, se ha presentado *en el curso de afecciones febriles graves*, tales como las *fiebres continuas*, la *fiebre puerperal*, y sobre todo la *flebitis general*.

Seria inútil el querer averiguar cuáles son las condiciones particulares en que se desarrolla esta afeccion, porque con los datos que poseemos no llegaríamos á obtener ningun resultado positivo.

§ II.—Síntomas.

Los principales síntomas de esta enfermedad se hallan expuestos en una observacion tomada de Schmackpfeffer, y que cita el doctor Becourt.

Resulta de esta observacion que los síntomas que con mas probabilidad pueden referirse á la afeccion que nos ocupa, son: un *dolor fijo y profundo* que tiene su asiento *en la region epigástrica* y *se estiende al hipocondrio derecho*, una *sensacion de calor* en el mismo punto, una *diarrea* consecutiva compuesta de *materias semejantes á la saliva*, y tal vez la *tension del vientre*. En cuanto á los síntomas de las vias respiratorias y á los fenómenos generales que se han presentado en este caso, se pueden referir igualmente, y aun con mas motivo, á las lesiones que ocupan la boca, las fáuces y los pulmones.

Una observacion del doctor Harles completa la anterior en que nos presenta una *tumefaccion* en el punto que ocupa el páncreas, y en que nos hace ver una *supresion de las deposiciones de vientre* que puede atribuirse á la intensidad de la inflamacion. La enfermedad terminó por *sudores copiosos*.

Los órganos inmediatos, tales como el estómago y el hígado, han participado en algunos casos de la enfermedad, de donde han resultado ciertos síntomas particulares, como *inapetencia*, *vómitos* y una *ictericia ligera*.

La *terminacion*, en los casos en que al parecer existia solo la pancreatitis, ha terminado por resolucion, y que cuando constituye una lesion secundaria termina por *supuracion*, y se observan entonces algunos fenómenos tales como *dolores violentos* y *escalofrios*, que parecen dependientes de la formacion de un *absceso*, pero que es imposible indicar de un modo exacto. Fauconneau Dufresne *(lug. cit.)* hace mencion de un *absceso* del páncreas abierto en el estómago. En algunos casos la enfermedad termina por *gangrena*.

¿Qué parte se debe atribuir á la lesion del páncreas en esta terminacion funesta? No podemos decirlo; pero sin embargo, se puede afir-

(1) Consúltese á Lieutaud, *Histoire anatomique*, t. I, p. 244 et 245; Mondière, *loc. cit.*

mar que en la mayor parte de ellos era bastante grave la afeccion primitiva para explicar por ella sola este resultado.

§ III.—Lesiones anatómicas.

En la autopsia se ha hallado el páncreas rojo reblandecido, notablemente aumentado de volúmen y presentando focos purulentos, á veces considerables, y cuyo pus es notable, segun algunos autores, por su fetidez (Bartholino), al paso que otros (1) le han hallado semejante al de los demás abscesos. A veces se ha visto el órgano reducido á un detritus gangrenoso (2), pero dista mucho de estar probado que solo hubiese entonces una simple inflamacion.

Indicando los síntomas hemos presentado los elementos del *diagnóstico*, pero seria poco prudente el querer llevar mas adelante estas indicaciones, porque nos espondríamos á sentar proposiciones mas ó menos absolutas sobre simples hipótesis.

§ IV.—Tratamiento.

Si la pancreatitis ha sido consecutiva al uso del mercurio, y se observó simultáneamente con los fenómenos de la salivacion mercurial, se debe recurrir á los medios que se emplean contra esta (véase tomo III, *Estomatitis mercurial*), tales como las *bebidas y gargarismos acidulados* y los *minorativos suaves*. Si la inflamacion parece intensa, y si es considerable la tumefaccion del páncreas, completarán el tratamiento las *emisiones sanguíneas* y los *emolientes* aplicados á la region epigástrica.

Cuando el enfermo no haya sufrido un tratamiento mercurial se deberá insistir particularmente en estos últimos medios, á los que se podrán añadir algunas *dósis moderadas de opio*, como lo han hecho algunos de los autores anteriormente citados.

2.° PANCREATITIS CRÓNICA.

§ I.—Síntomas.

La pancreatitis crónica es menos conocida aun que la aguda.

Hé aquí los *síntomas* de la inflamacion crónica del páncreas, segun Mondiere (3): «*Una salivacion continua*, *eructos de un líquido filamentoso y amarillento*, unas veces *estreñimiento*, otras *diarrea*, y en este último caso deposiciones compuestas de *materias semejantes al líquido arrojado por la boca*, y además *anorexia*, *sed*, *calambres en el estómago* y *pirosis*.»

(1) Portal, *Observations sur les maladies du foie*. Paris, 1813, in-8.
(2) Voyez les observations de Lieutaud.
(3) Mondière, *Archives générales de médicine*, 1836, 2.ª série, t. XI.

Se parecen estos síntomas á los que hemos hallado en ciertas *gastralgias*, y así es que Mondiere se ha inclinado á considerar la inflamacion crónica del páncreas y la secrecion exagerada que de ella resulta, como causas poderosas de estas especies de gastralgias.

Esta conclusion parecerá bastante racional si se atiende á los experimentos de Cl. Bernard y de L. Corvisart.

Cl. Bernard ha aplicado él mismo sus trabajos sobre el páncreas á la patologia de este órgano, y notado que en las afecciones crónicas de esta glándula, las únicas que permiten á los enfermos comer, la lesion funcional se traduce sintomáticamente por la presencia de materias grasas en los excrementos. Además, hay enflaquecimiento, voracidad (lo cual explica el poder del fermento pancreático sobre las sustancias azoadas), y las materias fecales son arcillosas, pálidas, grisáceas, el jugo pancreático gozando de la propiedad de dar color moreno á la bílis. En fin, Cl. Bernard ha encontrado en dos enfermos las ulceraciones intestinales de los perros, en que experimentaba.

De siete observaciones analizadas por el eminente fisiólogo, cuatro pertenecen á la pancreatitis crónica, y han presentado regularmente el síntoma característico de las heces grasosas ó aceitosas. El páncreas, en todos los casos, estaba inflamado, rojo, hipertrofiado, reblandecido ó indurado hasta el estado cartilaginoso. Estas observaciones han sido tomadas de Elliotson (1), Bright (2) y De la Tremblaye (3).

En una Memoria interesante que ha escrito el doctor Aran (4), y para cuyo trabajo ha reunido observaciones curiosas, ha citado un caso de *absceso tuberculoso del páncreas* notable por la coloracion negra de la piel, una *nigricia general*, que presentó el enfermo. ¿Habia entre la afeccion del páncreas y el color anormal de la piel relacion de causa ó efecto, ó era una simple coincidencia? Esto es lo que no se ha podido decidir.

§ II.—Tratamiento.

Vamos á indicar algunos medios de *tratamiento* que aconseja Mondiere en virtud de un hecho tomado del doctor Eyting (5). En un caso en que se hallaban reunidos los síntomas anteriormente citados, y además *dolores* bastante vivos que se irradiaban al lado izquierdo del pecho, y una sensacion de *opresion en el epigastrio* con

(1) Elliotson, *Medico-chirurgical Transactions of London*, t. XVIII, 1853.
(2) Bright, *Cases and observations connected with diseases of Pancreas and Duodenum*.
(3) De la Tremblaye, *Recueil des trav. de la Soc. méd. d'Indre-et-Loire*, 1852.
(4) Aran, *Observations d'abcès tuberculeux, etc. (Archives générales de médecine*, 1846, 4.ª série, t. XII, p. 61).
(5) Eyting, *Hufeland's Journal der practischen Heilkunde*, Abril, 1821.

palpitaciones y *síncopes* al menor movimiento: este último médico dirigió el tratamiento del modo siguiente:

Administró primero una pocion compuesta segun la fórmula que sigue:

R. Acido clorhídrico......	30 gram.	*vino)*....................	150 gram.
Mucílago de goma arábiga................	60 gram.	Tintura tebáica...........	60 centíg.
Agua de canela *(sine*		Azúcar blanca.............	C. S. para endulzar la pocion.

A los ocho dias se habia ya mejorado sensiblemente el estado del enfermo, y habian disminuido un poco la evacuacion del líquido salival, los sudores y los eructos. Se continuó el mismo remedio aumentando las dósis, y se añadieron *fricciones con el bálsamo del Perú disuelto en alcohol*, y en poco tiempo desaparecieron el estreñimiento, los sudores, la salivacion y la diarrea. Por último, los *anodinos* y los *tónicos*, sobre todo los *marciales* continuados por espacio de tres meses, pusieron al enfermo en un buen estado de salud.

Es fácil observar que el tratamiento ha sido enteramente semejante al de las gastralgias crónicas, y si se tiene presente que no se ha examinado la region que ocupa el páncreas de modo que se pueda reconocer el estado de este órgano, se verá cuán necesario es quedarnos en duda acerca de este hecho.

ARTÍCULO II.

CÁNCER DEL PÁNCREAS.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Sabemos ya que el páncreas padece el cáncer de un modo secundario, es decir, que en los casos en que hay en el estómago y en el duodeno una afeccion cancerosa, invade con facilidad aquella glándula; pero aquí tratamos ahora del cáncer que ocupa solo el páncreas, ó á lo menos que se ha desarrollado primitivamente en este órgano. Las observaciones de este género distan mucho de ser frecuentes; Mondiere, que las ha buscado en un gran número de publicaciones, solo cita un corto número de ellas.

Da Costa (1), á propósito de un caso de su práctica, ha referido treinta y seis hechos análogos. El los ha encontrado mas frecuentes en los hombres que en las mujeres. Rokitansky ha observado un caso en un recien nacido.

(1) Da Costa, *Proceedings of the phathological Society of Philadelphia*, t. I, p. 109, et *Archives générales de médecine*, 1862.

§ II.—Síntomas.

Los síntomas de esta enfermedad, tal como aquí la consideramos, son sumamente variables. *Si la afeccion empieza por el páncreas* para propagarse en seguida á un órgano inmediato y principalmente al estómago, puede no haber ningun síntoma hasta que sea invadida esta última víscera. Sin embargo, algunas veces, y esto es lo que resulta de los hechos en que el páncreas se ha hallado solo afectado en la autopsia, se observan *dolores* mas ó menos vivos, *eructos de una sustancia filamentosa y de apariencia salival*, *alternativas de estreñimiento y de una diarrea compuesta de un líquido semejante al que sale por la boca*, y en una palabra, los signos que hemos indicado al hablar de la pancreatitis crónica.

El doctor Battersby (1) ha referido un caso interesante de escirro del páncreas, en el que hubo una *salivacion* notable.

Añadamos tambien un signo muy interesante que ha observado el doctor Bright (2), y volvió despues á hallar el doctor Gould en un caso de *quiste del páncreas*, de que diremos dos palabras mas adelante: este signo consistia en *deposiciones grasientas*.

Segun Da Costa este signo no es constante, y se encuentra en enfermedades extrañas al páncreas. El siguiente tiene mucho valor.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

Si se explora la parte inferior de la region epigástrica un poco por encima del ombligo, se puede percibir un *tumor* formado por el páncreas, duro y mas ó menos doloroso á la presion.

Hay una circunstancia que conviene recordar, lo mismo en estos casos qué en todos aquellos en que el páncreas presenta un aumento de volúmen apreciable á la exploracion, y es que hallándose situado este órgano delante de la aorta, se puede *elevar mucho á cada pulsacion arterial*, y hacer que por esto se le tomase por un *aneurisma de la aorta ventral.*

Este aneurisma, por lo demás, es alguna vez real, y resulta de la compresion ejercida por el tumor sobre la aorta. Andral ha citado un ejemplo.

No se debe omitir el hacer la *percusion*, por cuyo medio se reconoce el sonido á macizo del tumor.

Pueden resultar otros accidentes del aumento de volúmen del páncreas y de la compresion de los órganos inmediatos, que es

(1) Battersby, *The Dublin Journ. of med. sc.*, Mayo, 1844.
(2) Bright, *Cases and observations connected with diseases of the Pancreas and Duodenum (London medico-chirurg. Trans.*, 1833, t. XVIII, p. 1).

a consecuencia. Así el profesor Cruveilhier (1) ha visto el *conducto secretorio* de la glándula pancreática *comprimido* en su abertura duodenal por el desarrollo de esta glándula, dando orígen á una dilatacion enorme por encima del obstáculo. La *compresion de las venas gruesas del abdómen* ocasionan los síntomas que corresponden á la interrupcion de la circulacion venosa, la hidropesía ascitis.

Tambien pueden sufrir esta compresion los conductos biliarios, y entonces se presentan los síntomas de la *retencion de la bílis*, que ya hemos indicado antes de ahora. Finalmente, se han hallado el estómago y la parte superior del conducto intestinal sumamente comprimidos por el tumor pancreático. *Cuando esta compresion se ejerce en el píloro*, es difícil no creer en la existencia de un cáncer del estómago, en razon á que la dificultad que ocasionan los alimentos al atravesar esta abertura, ocasiona vómitos frecuentes de materias alimenticias, y además los síntomas locales contribuyen á confundir al práctico. Sucede poco mas ó menos cuando el órgano comprimido es el duodeno, con la diferencia de que se mezcla con la materia de los vómitos una cantidad mayor ó menor de bílis.

§ IV.—Anatomía patológica.

El cáncer del páncreas ocupa con mas frecuencia la cabeza del órgano, el cuerpo y la cola sufren una simple induracion ó degeneracion grasienta.

El encefaloides y el escirro se observan con igual frecuencia; se ha visto tambien el cáncer colloides; el volúmen puede llegar hasta el de una cabeza de niño.

El conducto pancreático, á veces conservado, está otras estrechado ú obliterado.

J. Cruveilhier (2) ha visto una dilatacion enorme de este conducto detrás del obstáculo; se encuentran tambien quistes que se hunden en la masa cancerosa. Frerichs reproduce un muy notable ejemplo con dilatacion de los conductos biliarios, y del conducto de Wirsung en un cáncer de la cabeza del páncreas (figura 51).

El estómago se adhiere frecuentemente al páncreas y se infiltra de materia cancerosa; el píloro está estrechado. El duodeno está comprimido por puntos y se dilata. Alcanza á los conductos biliarios; el hígado se vuelve canceroso, ó bien sufre la hipertrofia, como en un caso de Bright, ó al contrario, la cirrosis.

(1) *Anat path.*, t. I.
(2) J. Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, t. I, in-fol. avec pl. color.

El peritoneo está mas ó ménos alterado.

La muerte llega por extenuacion, y alguna vez de una manera súbita, por hemorragia ó rotura.



Figura 51.—Dilatacion de los conductos biliarios y del conducto de Wirsung á consecuencia de un cáncer del páncreas.—*a*. Páncreas. (Frerichs, fig. 47.)

ARTÍCULO III.

CÁLCULOS DEL PÁNCREAS.

Lo mismo que los cálculos biliarios, se ha hallado que los del páncreas *ocupaban* unas veces el *interior de la glándula* y otras *el conducto escretorio*, y es tambien mas que probable que cálculos formados primitivamente en la glándula se introduzcan despues en el conducto, causando grandes dolores por su presencia en este último punto.

Los únicos síntomas que se pueden asignar á esta enfermedad son en algunos casos, un *dolor bastante intenso* y que podríamos designar con el nombre de *cólico pancreático*, un *tumor* del páncreas, cuando se acumulan cierto número de cálculos en un saco formado por esta glándula, y á veces los *trastornos de las funciones del estómago* que hemos indicado anteriormente, y las del intestino, en particular las heces grasientas.

Se han hallado hasta unos veinte cálculos contenidos en el páncreas, variando su volúmen entre el de un guisante y una almendra, aunque á veces se han observado mucho mas gruesos. Estas concreciones son irregulares, blancas ó de color blanco amarillento, y su presencia puede ocasionar la inflamacion de la glándula, que en ciertos casos presenta una induracion manifiesta y un aspecto

escirroso. Dos de las observaciones de Elliotson, citadas por Cl. Bernard, presentaban señales de cálculos, una vez en el conducto pancreático, y otra en la glándula trasformada en quiste.

ARTÍCULO IV.

FLUJO PANCREÁTICO.

Se han visto sugetos que han tenido *diarreas* mas ó menos abundantes, *vómitos de materiales filamentosos*, *trastornos digestivos*, y que despues de haber durado estos accidentes mas ó menos tiempo han desaparecido á beneficio de una *secrecion salival* abundante. Otras veces, por el contrario, se ha suprimido la salivacion y ha sido *reemplazada por un flujo intestinal de apariencia salival*, y de todo esto se ha deducido que podia sustituir al flujo salival un verdadero flujo pancreático y *vice-versa*. Pero ya se concibe la distancia que hay de estas conjeturas á una demostracion completa, y así no insistiremos mas en estos hechos, limitándonos á decir que en algunos casos en que se ha supuesto la existencia del flujo pancreático, se ha hecho uso con cierto éxito de los escitantes de la secrecion salival, y en particular del *tabaco de fumar*.

ARTÍCULO V.

QUISTES DEL PÁNCREAS.

El doctor Gould (1) ha referido un caso de *quiste del páncreas*, en el que se han presentado como síntomas notables unas *deposiciones grasientas*, habiéndose notado que solo aparecian estas cuando el enfermo comia alimentos crasos. Ya el doctor Bright (2) habia notado la existencia de estas deposiciones en los cánceres del páncreas, pero no habia hecho la misma observacion. Los interesantes experimentos de Cl. Bernard han venido á dar la explicacion de este hecho y han demostrado que el jugo pancreático está destinado, con exclusion de todo otro líquido, á la digestion de las sustancias crasas. Así, pues, si el páncreas se altera hasta el punto de no poder suministrar este líquido, se deben presentar las deposiciones adiposas.

(1) Gould, *Anat. Mus. of the Boston Sec. for med. improv.*, 1847, p. 174.
(2) Bright, *Cases and observations connected with disease of the Pancreas and Duodenum (Med.-chir. Trans. of London*, 1833, t. XVIII, p. 1 y sig.).

CAPÍTULO. V.

ENFERMEDADES DEL PERITONEO.

Las enfermedades del peritoneo que vamos á describir en este capítulo son: 1.° la *peritonitis aguda;* 2.° la *peritonitis crónica;* 3.° la *ascitis*, y 4.° ciertas alteraciones de que tan solo diremos algunas palabras. Dividiremos la peritonitis aguda en varias especies, y entre ellas describiremos principalmente la *peritonitis por perforacion*. Introduciremos igualmente algunas divisiones en la peritonitis crónica, cuya especie mas comun y mas notable es la *peritonitis tuberculosa*. En cuanto á la *ascitis*, podrá decirse que en un considerable número de casos no es lícito considerarla como una afeccion propia del peritoneo, puesto que en ellos la cavidad serosa no es mas que el receptáculo en que se acumula la serosidad, cuya secrecion depende de causas orgánicas enteramente especiales. Pero como en último resultado el peritoneo es donde tienen su asiento los síntomas principales, y el tratamiento activo se dirige hácia esta cavidad serosa, no hay ningun inconveniente en hacer de la hidropesía ascitis una afeccion peritoneal, tanto mas cuanto está admitido por todos que en ciertos casos, en el peritoneo mismo ó en el tejido celular que le viste, es donde se debe buscar el orígen de la enfermedad.

ARTÍCULO PRIMERO.

PERITONITIS AGUDA.

La historia de la peritonitis es la que ha debido hacerse mas tarde de un modo conveniente. Es verdad que se hallan en varios autores anteriores á Bichat, y entre otros en Walther (1), algunas ideas bastante exactas respecto á la inflamacion de esta membrana; pero solo en estos treinta ó cuarenta últimos años, ha sido cuando se ha estudiado con mas cuidado y mayor fruto esta afeccion tan grave en la mayor parte de los casos. La flegmasía del peritoneo, que se desarrolla con tanta frecuencia en la fiebre puerperal, ha sido principalmente objeto de las investigaciones de los autores, y entre los que con especialidad se han ocupado de este asunto debemos citar á

(1) *De Morb. periton.*, etc. Berlin, 1785.

Doublet (1), Gasc (2), Tonnelé (3), Dugés (4), Baudelocque (5), etc. Pero otros médicos no han dejado de estudiar esta materia bajo otros puntos de vista, y así tenemos acerca de la peritonitis las observaciones de Laennec (6), de Broussais (7), de Andral (8), de Cruveilhier (9), Trousseau (10), Béhier (11) y un número considerable de Memorias diseminadas en las diversas colecciones científicas.

En este artículo solo destinaremos á la *peritonitis puerperal* un párrafo bastante corto, en atencion á que resulta de las investigaciones recientes que no se puede considerar á esta peritonitis como la única afeccion que constituye por sí sola la que se designa con el nombre de *fiebre puerperal*, y en el artículo que destinaremos mas adelante á esta fiebre, tendremos necesariamente que volver á ocuparnos de la inflamacion del peritoneo, que forma parte de la enfermedad general.

Comenzaremos por trazar la historia de la peritonitis aguda de una manera general para tener un cuadro típico; pero reconocemos que la existencia de esta enfermedad bajo la *forma primitiva* es una cuestion dudosa, y no podemos dispensarnos de indicar aparte lo que caracteriza las especies, á saber: la *peritonitis espontánea*, afeccion problemática; la *peritonitis traumática*, la *peritonitis por extension de la inflamacion*, *la peritonitis puerperal* y *la peritonitis por perforacion*. No creemos debe tenerse en cuenta la division de Stokes (12), que se funda en la diferencia de edades y en las formas anatómicas de la enfermedad.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se da el nombre de *peritonitis aguda* ó *sobreaguda*, segun el gra-

(1) Doublet, *Nouvelles recherches sur la fièvre puerperale*. Paris, 1791, en 12.
(2) Gasc, *Dissertation sur la maladie des femmes à la suite des couches, connue sous le nom de fièvre puerpérale*.
(3) Tonnellé, *Des fièvres puerpèrales observées à la Maternité de Paris pendant l'année* 1829; *Des diverses méthodes thérapeutiques employées pour les combattre, et spécialement des mercuriaux, des vomitifs et des évacuations sanguines* (*Archives générales de médecine*, 1830, 1.ª série, t. XXII, p. 345 y 456; t. XXIII, p. 36 y 184).
(4) Dugés, *Des causes de la péritonite puerpéperale* (*Journal hebdomadaire de médecine*. Paris, 1828, t, I, p. 175, 361).
(5) Baudelocque, *Traité de la péritonite puerpérale*. Paris, 1830.
(6) Laennec, *Journal de médecine de Corvirsart*, an X.
(7) Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques*, t. III, 3.ª édit., p. 295 et suiv.
(8) Andral, *Clinique médicale*, t. II, 3.ª édit., p. 582 et suiv.
(9) Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, t. I, XIIIᵉ livraison, avec pl. coloriées.
(10) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.ª édit. Paris, 1865, t, I, p. 218 et suiv.
(11) Béhier, *Conférences de cliniq. méd. faites à la Pitié*, recueillies par Manjaud et Proust. Paris, 1864, p. 471 et suiv.
(12) Stokes, *Encyclop. of pract. med.*, t. III, art. PERITONITIS.

do de intensidad de los síntomas, á la inflamacion de curso rápido que se desarrolla en el peritoneo ó en el tejido que le viste, cualquiera que sea por otra parte la causa que la ha producido.

Se ha llamado tambien á esta enfermedad *inflamacion del bajo vientre*, y en casos de *peritonitis parcial*, *inflamacion del mesenterio, del epiplon*, etc., segun la parte afectada. A veces se ha designado tambien á esta afeccion con los nombres de *gangrenosum peritoneum, peritonæi purulentia, peritonæi ulceratio, fiebre mesentérica*, etc.; mas en la actualidad se halla generalmente admitido el nombre de *peritonitis*.

La *frecuencia* de la peritonitis aguda es muy diferente, segun las especies, y así veremos luego cuán rara es la *peritonitis simple espontánea*. Por el contrario, no son raras la *peritonitis por extension de la inflamacion* ó á *consecuencia de la flegmasía* de los vasos venosos y linfáticos, ni la *peritonitis por perforacion*. Sin embargo, no se puede comparar su frecuencia con la de la inflamacion de otras membranas serosas, y en particular de la *pleura*.

§ II.—Causas.

Como ya hemos dicho antes de ahora, se han establecido las divisiones de la peritonitis atendiendo especialmente á las causas.

1.° *Causas predisponentes.—Edad.*—Está generalmente admitido que la edad adulta expone mas que ninguna otra á la peritonitis aguda, y si se quiere hablar de la peritonitis aguda en general, la proposicion es completamente cierta. En efecto, ya hemos indicado que esta enfermedad se desarrolla casi siempre ó por la comunicacion de la flegmasía de un órgano al peritoneo, ó á consecuencia de una perforacion. ¿Y en qué afecciones sucede esto? En las que aparecen de *resultas del parto* y en la *perforacion intestinal*, consecuencia de las úlceras de la fiebre tifoidea y de la tísis pulmonal, causas todas que se encuentran con especialidad en sugetos de diez y siete á cuarenta años de edad. Mas si queremos averiguar cuál es la influencia de la edad en la peritonitis simple, veremos que no es posible llegar á obtener un resultado bastante exacto. El doctor Simpson (1) ha reunido varias observaciones de peritonitis desarrolladas *durante la vida intra-uterina*; pero estos hechos, aunque sumamente interesantes, han sido reunidos con mucho trabajo, y á pesar de que llegan al número de veinticuatro, no se puede decir de ellos que la peritonitis sea frecuente en el feto. Se puede añadir el hecho comunicado por Druitt á la Sociedad obstetricial de Lóndres, concerniente á un niño que habia nacido con una obliteracion del

(1) Simpson, *De la péritonite chez le fœtus, etc.* (*Arch. gén. de méd.*, 3.ª série, 1838, t. III, p. 444 et 1839, t. VI, p. 24).

intestino delgado, de lo cual murió, y debe atribuirse á una peritonitis intra-uterina (1).

Se ha descrito la peritonitis *simple expontánea* entre las enfermedades de los *niños*, y Dugés (2) ha destinado un párrafo bastante extenso á la descripcion de esta enfermedad en la infancia; Billard (3) ha citado una observacion de peritonitis aguda en el recien nacido, y finalmente, Rilliet y Barthez (4) han descrito la peritonitis de los niños en vista de doce observaciones que han recogido, y de las cuales cuatro son, segun su expresion, casos de *peritonitis primitiva*, y los ocho restantes de *peritonitis secundaria*.

Respecto á los hechos que acabamos de indicar, conviene advertir que los casos que ha citado el doctor Simpson se refieren en gran parte á niños que presentaban vicios de conformacion, y que por consiguiente no se les puede incluir entre los hechos ordinarios, y que el que ha referido Billard carece de tantos datos que no es posible saber si la peritonitis ha sido ó no resultado de una violencia exterior. En cuanto á los casos que han reunido Rilliet y Barthez; es lástima que estos autores no hayan dado á conocer sus observaciones, y sobre todo que no hayan hecho por separado la historia de la peritonitis primitiva de la secundaria, porque de este modo se hubiera visto mas fácilmente lo que pertenecia á la una y á la otra. Las mismas reflexiones son aplicables á los autores extranjeros que se han ocupado hace pocos años de este asunto, y en particular á Heyfelder (5) y á Romberg (6).

En resúmen: vemos que los niños solo muy rara vez presentan la peritonitis simple expontánea, y que hasta no está perfectamente demostrado que esta enfermedad se haya desarrollado en ellos únicamente bajo la influencia de causas no traumáticas, ó de la extension de la inflamacion, etc.; pero ya volveremos á ocuparnos pronto de este punto cuando tratemos de determinar las diversas especies de peritonitis, y solo añadiremos ahora, que segun las descripciones que poseemos, la peritonitis no presenta signos particulares en los niños, y que, por consiguiente, no hay motivo para formar una especie aparte, como lo han hecho algunos autores, con el nombre de *peritonitis infantil*. En cuanto á la peritonitis por perforacion, se encuentra en ellos con bastante frecuencia.

(1) Druitt, *Oblitération complète de l'intestin grêle à la suite d'une péritonite intra-utérine* (*Medical Times and Gazette*, 28 de Abril de 1860), et *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1860, n.° 20, p. 477).

(2) Dugés, *Dictionnaire de médecine de chirurgie pratiques*, t. XII, art. PÉRITONITE.

(3) Billard, *Traité des maladies des enfants*, 2.ª édit., 1833, p. 461.

(4) Barthez et Rilliet, *Traité des maladies des enfants*, 2.ª édit. Paris, 1855, t. II, p. 1 et suiv.

(5) Heyfelder, *Studien im Gebiete der Heilwissenschaft*, etc. Stuttgart, 1838.

(6) Romberg, *Ueber Peritonit.*, 1833.

Thore (1) ha demostrado en un artículo sumamente interesante acerca de la peritonitis de los recien nacidos, para el cual ha reunido sesenta y tres observaciones: 1.° que la peritonitis expontánea es tan rara en los recien nacidos como en los adultos; 2.° que se declara habitualmente desde el nacimiento hasta los dos meses y medio, poco mas ó menos; 3.° que es sobre todo frecuente en primavera; 4.° que acompaña con frecuencia á la erisipela del tronco; 5.° que con bastante frecuencia es una consecuencia de otras lesiones, y principalmente de las lesiones abdominales; 6.°, por último, que en la mitad de los casos próximamente reconoce por causa la *flebitis umbilical.*

En una Memoria que tiende á hacer considerar la peritonitis *neonatorum* bajo un nuevo aspecto, P. Lorain ha aproximado esta enfermedad á la fiebre puerperal, y mostró que los niños recien nacidos, como las madres, sucumbian en gran número por accidentes idénticos, y que la fiebre puerperal se extendia á la madre y al niño. Algunos hechos tienden á demostrar que el feto en el cláustro materno está sometido á las mismas influencias morbosas (2). Estas consideraciones han sido desarrolladas en el artículo *Fiebre puerperal.* Debemos, sin embargo, notar, para dejar á esta cuestion su verdadero aspecto, que la opinion anterior ha encontrado un contradictor enérgico en el profesor Behier (3); los niños que han sido objeto de las observaciones de Lorain han tenido, segun él, verdaderas peritonitis secundarias, sea por consecuencia de lesiones de los vasos umbilicales, sea bajo la influencia de otros accidentes que se acompañan frecuentemente de peritonitis, tales como el escleroma, el edema, el desarrollo del bazo.

Sexo.—Siendo la peritonitis una de las lesiones que se halla con mas frecuencia en la fiebre puerperal, hace que las mujeres estén mas espuestas que los hombres á la inflamacion del peritoneo, porque respecto á las demás especies no hay diferencia notable.

Constitucion.—No tenemos ningun dato exacto respecto á la influencia de la *constitucion.* La peritonitis sobreaguda que sobreviene ordinariamente á consecuencia de lesiones de los diversos órganos abdominales, se desarrolla en un número bastante considerable de sugetos cuya constitucion se halla sumamente deteriorada por padecimientos de mayor ó menor duracion. Pero esta no es ya la constitucion primitiva.

Higiene, etc.—Tampoco podemos decir nada acerca de la influencia de la *higiene*, de las *profesiones*, etc. En cuanto al *clima* es una cuestion que solo puede tener importancia relativamente á una peritonitis que se presente bajo forma *epidémica*, como la puerperal; pero esta

(1) Thore, *De la péritonite chez les enfants nouveau-nés (Arch. gén. de méd.*, 4.ª série, 1846, t. XI, p. 389; t. XII, p. 21).

(2) Lorain, *La fièbre puerperale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né.* Paris, 1856.

(3) Béhier, *ouvr. cit.*, p. 556.

es una cuestion que corresponde naturalmente ser tratada en el artículo *Fiebre puerperal*. En cuanto á las influencias que se han designado con el nombre de *constituciones epidémicas*, véase el tomo I.

2.° *Causas ocasionales*.—1.° *Peritonitis simple expontánea*.—«La peritonitis expontánea, es decir, la que nace sin que la haya precedido ó desarrollado ninguna lesion visceral, dicen los autores del *Compendio*, es bastante rara; sin embargo, añaden, se ha publicado un número bastante grande de observaciones auténticas de esta flegmasía para que se pueda poner en duda su existencia.» No me parece que esta proposicion es rigurosamente aceptable. Indudablemente se halla en los autores cierto número de observaciones, que si no se examina mas que el título, son ejemplos de peritonitis simple y expontánea; pero si se estudian los hechos, pronto se ve que presentan muchas dudas.

En las observaciones de Broussais (1), por ejemplo, vemos que en la autopsia faltan una porcion de detalles sumamente importantes, y sin los cuales es imposible decidirse, y tanto menos debe hacerse esto último cuanto que en todos los casos parece que los síntomas indican la existencia de una perforacion. En el indivíduo de la observacion 40 tenemos además la existencia de *escaras que interesan todo el grueso del intestino*; en la 42 hallamos los síntomas, y hasta cierto punto (porque los detalles son insuficientes) las lesiones que pertenecen á la *rotura del bazo*. Pudiera multiplicar estos ejemplos, pero me contento con añadir que el mismo Broussais, en los últimos tiempos, reconocia que á lo menos en algunos casos no se habia hecho la inspeccion cadavérica con toda la exactitud necesaria. Así al hablar de un sugeto cuya historia refiere en compendio, pone por nota: «Sospecho en este enfermo una perforacion sumamente pequeña del íleon que no he podido percibir.»

De las observaciones que refiere el profesor Andral solo pueden considerarse como peritonitis simples desarrolladas expontáneamente las dos primeras; pero por desgracia no se conocia la importancia de la cuestion que estamos tratando en la época en que se han recogido estas dos observaciones, y así es que no se han empleado todos los medios necesarios para asegurarse de si no existia alguna causa orgánica capaz de explicar el desarrollo de la peritonitis aguda.

Se han observado dos casos de peritonitis sin perforacion intestinal (2) en las clínicas de Rayer y Andral, habiéndose declarado estas afecciones en la convalecencia ó en la declinacion de la fiebre tifoidea. Por desgracia las observaciones, tal como se han publicado, no nos indican el estado de los diversos órganos y especialmente de los pulmones. (Véase lo que decimos mas adelante con motivo de las peritonitis por propagacion.)

(1) Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques* (*loc. cit.* obs. 40 et suiv.).
(2) Andral et Rayer, *Observations de métro-péritonite et de péritonite* (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, Junio, 1846, p. 133).

El doctor Logerais (1) ha hecho objeto pocos años hace esta cuestion de su disertacion inaugural, y ha citado muchas observaciones de las cuales resulta que es necesario un exámen sumamente detenido para no caer en un error, que en sujetos en que no habia las mayores razones para creer que se habia desarrollado expontáneamente la peritonitis, una diseccion minuciosa ha hecho conocer la existencia de una de las lesiones que vamos á enumerar inmediatamente.

Por último, conviene notar, y esta consideracion no carece de importancia, la rareza suma de las adherencias peritoneales fuera de los casos en que hay lesiones orgánicas que explican su existencia, lo cual prueba que con mucha frecuencia se han tomado otras enfermedades por peritonitis simples, y por eso el número de estas enfermedades, que se supone haber curado, es bastante considerable. La peritonitis primitiva, ó que será debida á la accion de causas comunes, enfriamiento, influencias atmosféricas, es la que se designa alguna vez con el nombre de *peritonitis reumatismal* (2). Algunos autores la admiten con grandes reservas. Chauffard ha hecho en el seno de la Sociedad de los hospitales esfuerzos por hacerla aceptar; él habia observado un cierto número de pelvi-peritonitis, que no explicaban ni el parto, ni los escesos sexuales, ni las lesiones de los órganos genitales, y cuyo orígen se hallaba, al contrario, en la miseria, el frio húmedo, la fatiga y la constitucion médica reinante. El curso benigno, la fácil curacion de estas afecciones abogan por su naturaleza reumatismal. En un caso se la ha podido encontrar en una metastasis articular, que ha reemplazado los dolores del bajo vientre. Los enfermos de Chauffard eran exclusivamente mujeres: su manera de ver ha encontrado pocos que la defendiesen y muchos que la contradicen (3).

Resulta, pues, que la *peritonitis simple*, *primitiva*, *expontánea*, debe considerarse cuando menos como sumamente rara, y que es preciso tener cuidado de publicar con los mayores detalles las observaciones que pueden contribuir á demostrar su existencia de un modo indudable. Tal vez parecerá sorprendente el que me esprese en estos términos, pero es la consecuencia precisa del exámen de las observaciones, y no es posible dudar, á pesar de todas las razones que pudieran hacer creer lo contrario, que el peritoneo separado de los agentes exteriores tan solo por una pared compuesta de partes blandas y al parecer mas espuesto á las diversas variaciones de temperatura, muy rara vez es acometido de inflamacion, aun admitiendo como auténticos todos los hechos publicados, al paso que la pleura, al parecer mas abrigada, se inflama con tanta frecuencia.

Las causas ocasionales que segun los autores pueden dar orígen

(1) Logerais, thèse. Paris, 1840.
(2) Niemeyer, *Pathologie interne*, trad. Oulmann et Sengel, t. I.
(3) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1863, n.° 19.

á la *peritonitis simple* y *expontánea* son: la impresion del *frio* principalmente, la *ingestion de bebidas frias* estando el cuerpo sudando, y algunas otras que se han atribuido á casi todas las inflamaciones.

2.° *Peritonitis traumática.*—Las *violencias exteriores* pueden ocasionar la peritonitis, que debe designarse entonces con el nombre de *peritonitis traumática.* Así los *golpes* fuertes en la region abdominal, una *caida*, una *presion*, han bastado en algunos sugetos para determinar la inflamacion de la serosa, sin que hubiese ninguna rotura de los órganos abdominales.

El doctor T. Bennet (1) ha observado una peritonitis producida por el paso sobre el vientre de la rueda de un carruaje pesado, y en el que se obtuvo una curacion pronta á beneficio de un tratamiento antiflogístico. De Lucé refiere un caso análogo: una peritonitis sobrevenida á un niño que habia sido apretado entre un carro y un tronco de árbol; la afeccion fué tratada por aplicaciones de sanguijuelas, y curó (2).

Pero estos hechos son excepcionales, y en la inmensa mayoría de casos se desarrolla la peritonitis á consecuencia de una *rotura.* Las *heridas penetrantes* de vientre presentan, como todos saben, como una de sus consecuencias mas funestas, la inflamacion del peritoneo que tiene en tales casos grande analogía con la peritonitis por perforacion.

3.° *Peritonitis por extension de la inflamacion.*—Algunos autores, y en particular Broussais, han creido que una de las principales causas de la peritonitis general era la extension de la inflamacion de los intestinos en la enteritis primitiva al peritoneo que cubre estos órganos. Es posible que haya alguna vez pasado desapercibida una perforacion; sin embargo, es uno de los hechos sobre los cuales Trousseau (3) ha llamado la atencion, y que parecen poder á veces dar razon á Broussais. Estos son los casos de peritonitis desarrolladas expontáneamente á consecuencia de un fiebre tifoidea, que Thirial ha referido en la *Union médica* de 1853, y los que Trousseau llama peritonitis por propagacion en la misma enfermedad. No son verdaderas peritonitis expontáneas, y sin embargo, es imposible descubrir la menor señal de perforacion. En una autopsia, Trousseau ha reconocido el mecanismo anatómico que se ha opuesto á la perforacion. La ulceracion intestinal habia provocado, al nivel de la úlcera, la inflamacion de la túnica serosa del intestino, y su engrosamiento en placas vasculares, rojas, fruncidas como los bordes de una bolsa corrediza. Además la peritonitis se habia generalizado y habia determinado entre las asas intestinales adherencias que hacian imposible el derrame de las materias.

(1) Th. Bennet, *The Lancet,* 22 Marzo, 1845.

(2) De Lucé, *Péritonite traumatique; guérison (Gazette des hôspitaux,* 1863, número 106, p. 422).

(3) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel Dieu,* 2.ª édition, t. I, p. 220. Paris, 1865.

Se ha creido probablemente curar alguna peritonitis por perforacion, que no eran otra cosa que lesiones de este género.

Segun Trousseau, Jenner refiere en su libro sobre la fiebre tifoidea dos casos de peritonitis sin perforacion.

La peritonitis por extension de la flegmasía se desarrolla en el curso de las afecciones inflamatorias de los órganos contenidos en la cavidad abdominal ó inmediatos á esta cavidad. Por lo comun la peritonitis que se presenta de este modo es *parcial*, y así en los *abscesos del hígado*, en los *del bazo* y en la *metritis* que invade profundamente el útero, se observa que se inflama el peritoneo que cubre estos órganos, y esta inflamacion le hace adherirse al cabo de cierto tiempo con la serosa que viste la pared abdominal. En estas circunstancias sucede como en los casos ordinarios de *pleuroneumonía*, en la que la inflamacion de la pléura que corresponde á la parte del pulmon hepatizado es solo consecutiva. Pero otras veces la peritonitis que toma orígen en el punto que ocupa un órgano inflamado puede hacerse general, en cuyo caso esta afeccion adquiere casi tanta gravedad como la *peritonitis por perforacion*. Hemos observado ejemplos de este género en los casos de hepatitis, y el profesor Andral ha citado uno de los mas notables.

Debemos agregar á estos hechos aquellos casos en que la inflamacion que se desarrolla en una *hernia extrangulada* se propaga á todo el peritoneo y causa pronto la muerte. Se puede formar una idea del modo posible de evolucion de esta forma de peritonitis por la simple enunciacion de las observaciones siguientes: la de una peritonitis sobreaguda producida en un niño de siete años por un cálculo biliario contenido en el apéndice cecal, comunicado á la Sociedad de medicina práctica por Dupertuis (1); otra, de peritonitis generalizada, determinada por un cálculo del mismo apéndice desarrollado alrededor de una pepita de uva, en un niño de catorce años y medio, comunicada por Barthez á la Sociedad de los hospitales (2); una tercera de peritonitis debida á la acumulacion en el intestino de simiente de mostaza de Didier, publicada por Caron (*Sociedad de medicina práctica*, 2 de Enero de 1862) (3); el caso muy curioso recogido por Closmadeuc (de Vannes), de una peritonitis á consecuencia de la introduccion en el recto de un alfiletero de hierro que llegó hasta el cólon trasverso, observado en un condenado á trabajos forzados (4); la observacion de peritonitis sucesivas producidas por una série de quistes

(1) Dupertuis, *Péritonite suraigë produite par un calcul contenu dans l'appendice cæcal* (*Gazette des hôp.*, n.° 146, p. 583.

(2) Barthez, *Péritonite géneralisée; grangrène de l'appendice vermiforme du cæcum, déterminée par la présence d'une concrétion développée autor d'un pepin de raisin* (*Union méd.*, 1863, p. 124, séance de la Soc., 24 Junio).

(3) Caron, *Péritonite aiguë* (*Gazette des hôp.*, 1862, p. 188).

(4) Closmadeuc, *Étui de fer volumineux contenant divers instruments et objets, introduit par l'anus, ayant determiné une péritonite mortelle, et trouvé à l'auptosie dans le cólon transverse* (*Gazette des hôp.*, 1861, p. 247).

del ovario inflamados, recogida por Chalvet en la clínica de Matice (1). En fin, existen observaciones de peritonitis debidas á la extension de una inflamacion exterior al abdómen. J. Arnould ha visto sobrevenir, en Val-de-Grace, una peritonitis mortal en un enfermo que tenia una adenitis inguinal en supuracion. Fué imposible descubrir otro orígen que la propagacion inflamatoria del tejido celular subcutáneo al peritoneo. Se hallarán observaciones análogas por J. Guyot y L. Labbé, en las Memorias de la Sociedad de cirujía (2).

A veces toma su orígen una peritonitis aguda *al nivel de un órgano que padece una lesion crónica*, sin que haya habido perforacion, sino que habiendo hecho la lesion órganica grandes progresos en poco tiempo, se ha desarrollado á su rededor un trabajo inflamatorio que invadió en seguida al peritoneo. Esta peritonitis casi siempre es parcial. Así hemos observado que en el *cáncer del hígado* y en ciertas *atrofias* de este órgano se forman adherencias entre él y la pared abdominal á consecuencia de estas inflamaciones parciales.

La peritonitis que sobreviene en la enfermedad de Bright tiene probablemente tambien por punto de partida la nefritis: Woillez ha señalado tres casos (3).

4.° *Peritonitis puerperal.*—Vuelvo á repetir que esta peritonitis, que sobreviene por lo comun en circunstancias enteramente especiales, porque las *epidemias de fiebre puerperal* son muy frecuentes, no se puede considerar como una afeccion aparte en el estado actual de la ciencia. En la historia de la fiebre puerperal es donde debemos buscar las condiciones de su desarrollo y las particularidades que presenta; pues aquí solo diremos que en el mayor número de los casos en que se desarrolla tiene su punto de partida en la inflamacion del útero, y que se hallan entonces principalmente afectados los vasos venosos y linfáticos de este órgano. Sin embargo, y esto es lo que ha hecho que los prácticos conociesen cuán exagerada era la idea que habia prevalecido en estos últimos años, en que las fiebres puerperales se creian tan solo una simple peritonitis, se hallan casos en que el peritoneo está inflamado, sin que esta inflamacion parezca tener su orígen en el útero, y en que hay además diversos focos de supuracion que indican una infeccion general. Vemos, pues, que en estos casos hay una causa particular, que solo puede estudiarse cuando lleguemos á la *fiebre puerperal*, en los que se desarrolla la peritonitis, así como un gran número de otras lesiones. Para Behier la fiebre puerperal no existe como especie morbosa distinta; es la reunion de muchas afecciones, de las cuales la peritonitis es la mas comun. Porque nada ha observado en la peritonitis desarrollada en las mujeres en el puerpe-

(1) Chalvet, *Péritonites successives produites par une série de kystes de l'ovaire enflammé (Gazette des hôp.*, 1868, n.° 39, p. 153).

(2) L. Labbé, *De la propagation de l'inflammation au péritoine à la suite des adénites inguinales (Mém. de la Soc. de chirurgie*, t. VI, Julio, 1865).

(3) Woillez, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Febrero, 1865.

rio que no haya encontrado en las peritonitis de otros enfermos, mujeres ú hombres: le parece imposible hallar en la naturaleza de las alteraciones peritoneales de las mujeres en el puerperio un signo, uno solo, que la diferencie de toda otra peritonitis, y sobre todo de toda otra peritonitis secundaria.

5.° *Peritonitis por perforacion ó por rotura.*—Esta es la forma mas grave de la inflamacion del peritoneo, pues hay una porcion de lesiones de los órganos contenidos en el abdómen que pueden producir una perforacion seguida de una peritonitis mortal. Hallamos desde luego las *perforaciones intestinales*, cuya mayor parte nos son ya conocidas, y las que no corresponden á la fiebre tifoidea; luego la *perforacion* y *rotura del estómago* (véase tomo III), la *perforacion y rotura de la vejiga* y de los *conductos biliarios*, la de los *uréteres* y la *vejiga*, de que mas adelante nos ocuparemos, y en una palabra, la *perforacion y rotura de los diversos órganos huecos*, sin exceptuar el *útero* y sus *trompas* que en ciertas circunstancias presentan estas lesiones.

Tambien un órgano macizo puede sufrir una perforacion ó una rotura cuando la inflamacion ha abierto de antemano en él una cavidad accidental. Así en los *abscesos del hígado*, *del bazo*, etc., pueden romperse sus paredes, vaciarse en el peritoneo y ocasionar los accidentes mortales que describiremos en el párrafo siguiente. Lo mismo sucede con los diversos quistes, y en particular con los *quistes hidatídicos*.

Pueden tener igualmente esta terminacion funesta los *abscesos formados en el tejido celular* que viste al peritoneo, y así se observan colecciones purulentas que se han formado detrás del ciego y rompen la pared que les separa de la gran cavidad peritoneal, vierten en esta su contenido y ocasionan la peritonitis general. En estos casos suele presentar la enfermedad de notable el que habiendo empezado por la rotura ó perforacion de un órgano hueco que produce el absceso, sobreviene mas tarde una segunda rotura, que es la del absceso mismo. El curso de la enfermedad merece estudiarse en estas circunstancias de un modo enteramente especial.

Finalmente, en algunos casos se han observado lesiones de órganos estraños á la cavidad abdominal que han dado orígen á colecciones purulentas, las cuales, destruyendo las paredes de esta cavidad, derraman en ella el líquido que contienen; así se han visto *abscesos de la base del pulmon* que se han vaciado en la cavidad abdominal despues de haber perforado el diafragma.

Lo mas general que se deduce de estos hechos es que siempre que se vacía en el peritoneo una cavidad que contiene un líquido sobreviene la peritonitis general, y que es tanto mayor su intensidad cuanto mas irritante es el líquido. En los casos en que este líquido es *sangre*, como en la *rotura de los aneurismas* y en la *rotura del bazo*, ocurre con demasiada prontitud la muerte por hemorragia para que la peri-

tonitis pueda llegar á su completo desarrollo, y así es que solo se observan los síntomas de la invasion.

Si se admite que las *inyecciones hechas en la matriz* pueden penetrar por las trompas en el peritoneo, se puede relacionar la inflamacion que se produce en semejante caso con las que acabamos de mencionar. Pédelaborde (1) ha visto una peritonitis muy grave desarrollada con rapidez en una mujer, en seguida de una *inyeccion de infusion de hojas de nogal* en la cavidad uterina.

§ III.—Síntomas.

En la descripcion de los síntomas se hace absolutamente necesario tomar en consideracion la division que acabamos de hacer, porque varían segun que la peritonitis se desarrolla expontáneamente ó bajo la influencia de las causas que acabamos de enumerar. Por desgracia no se ha estudiado bastante la cuestion bajo este punto de vista tan importante, y si se exceptúa la peritonitis por perforacion, acerca de cuyos síntomas ha fijado especialmente la atencion el profesor Louis (2), se puede decir que las diversas especies de esta enfermedad tan grave no se han seguido con toda la exactitud necesaria, ni en su curso ni en su desarrollo. Vamos á describir sucesivamente la *peritonitis simple expontánea*, la *peritonitis producida por estension de la inflamacion*, la *peritonitis puerperal*, de que solo diremos dos palabras por las razones indicadas antes de ahora, y finalmente la *peritonitis por perforacion ó por rotura.*

1.° *Peritonitis simple expontánea.*—Sin volver á lo que ya hemos dicho acerca de la dificultad que hay de hallar en la ciencia casos bien marcados de esta especie, solo recordaremos que por efecto de esta circunstancia se debe considerar como poco exacta la descripcion que vamos á presentar. Siendo las observaciones de Andral las que parecen menos dudosas, creemos mejor tomar de ellas con especialidad la esposicion de los síntomas.

Invasion.—La invasion es variable: los dolores abdominales, semejantes á dolores cólicos con un malestar general, pueden existir durante uno ó muchos dias antes de adquirir el carácter de los dolores de la peritonitis, que es lo que se ha presentado en la segunda observacion del autor que acabo de citar; en otras los indivíduos han sentido *de pronto* un dolor violento y escesivo en un punto del abdómen, extendiéndose rápidamente este dolor á todo el vientre, sin que despues de la muerte se hayan hallado lesiones fuera del peritoneo, ni se haya descubierto una perforacion. Esto es lo que ha sucedido tambien en la primera observacion del profesor Andral. Pero conviene notar que estos son precisamente los caractéres de la perforacion,

(1) Pédelaborde, *Observation de peritonite subaigüe survenue à la suite d'une injection intra-utérine* (*Union médicale*, 30 Mayo, 1850, p. 232).

(2) *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2.ª édic., t. II, *Perforation de l'iléon.*

que por lo comun esta perforacion es muy difícil de descubrir, y que en la época en que se ha recogido esta observacion no se habia aun fijado bastante la atencion sobre este punto de patologia; así, pues, no me extrañaria que el mismo autor tuviese hoy dudas acerca de la exactitud de este hecho.

Se han indicado tambien como síntomas de la invasion de esta peritonitis los escalofrios ó el movimiento febril, y los trastornos digestivos.

Síntomas.—De cualquier modo que haya aparecido el *dolor*, persiste hasta el fin, y limitado su asiento al principio á una parte variable del vientre, que unas veces ha sido un punto y otras otro, como en los casos en que ha empezado bajo la forma de dolores cólicos, concluye por estenderse por todo el abdómen. Este dolor es agudo y se hace notar principalmente (pudiera decirse casi exclusivamente) por la *presion*, y en los *diversos movimientos* que ejecuta el enfermo; por lo comun llega á un grado bastante intenso para que sea imposible el menor *cambio de posicion*, ó á lo menos no pueda hacerse sin padecimientos intolerables.

El síntoma mas importante en seguida es la *tumefaccion del vientre*, que depende de dos causas diversas: el *desarrollo de gases* que distienden los intestinos, y la *acumulacion de un liquido* y de *falsas membranas* en mayor ó menor abundancia en el peritoneo; mas la primera de estas causas tiene mayor accion que la segunda. Esta tumefaccion se verifica con una rapidez que varía mucho segun los casos, y así es que á veces se ha hallado al principio el *vientre mas ó menos retraido*.

La *percusion* da á conocer las causas de la tumefaccion del vientre, y en efecto, se halla un aumento de resonancia en grande extension de este, lo que indica el *desarrollo de gases en los intestinos*, al paso que hácia las partes declives, y sobre todo hácia los vacios, se nota un sonido á macizo poco estenso, que indica *la acumulacion de una corta cantidad de liquido*. No obstante este último signo puede faltar, porque hay casos en que el líquido se halla acumulado exclusivamente en las partes profundas de la pélvis.

Las paredes del vientre conservan casi toda su fuerza de resistencia, y de aquí una *renitencia del abdómen*, cuya forma elevada y redondeada difiere notablemente de la figura mas ó menos aplanada que toma el vientre en la *ascitis*.

Se ha tratado tambien de comprobar la existencia del líquido en el peritoneo provocando la *fluctuacion;* pero las falsas membranas que se forman con mucha rapidez, la corta cantidad del líquido y su consistencia, impiden que se obtengan resultados bien positivos.

Hay además una reflexion aplicable á todas estas exploraciones que se hacen con el objeto de reconocer los signos físicos, y es que no conducen á resultados bastante importantes para que deban ha-

cerse con todo el rigor que se acostumbra. En efecto, ya dejamos dicho que el abdómen está sumamente dolorido á la menor presion, y no nos hallamos autorizados á causar dolores escesivos, que pueden aumentar la gravedad de la afeccion, con el solo objeto de llegar á formar un diagnóstico que puede obtenerse de otro modo sobre bases sólidas. Así, pues, únicamente se deben poner en práctica la palpacion y la percusion hechas con toda la suavidad y con los mayores miramientos.

Se ha aplicado la *auscultacion* al estudio de las enfermedades del abdómen, y se ha hallado en ciertos casos un *ruido de frotacion* semejante al que hemos indicado en la *pleuresía;* pero nunca se ha observado esto en casos de peritonitis simple expontánea. Diremos no obstante aquí que las condiciones que se necesitan para que haya este ruido de frotacion, que se ha comparado á veces á un *ruido de cuero nuevo*, al de *escofina*, á un *crujido*, etc., son la existencia de falsas membranas rugosas y que rocen unas con otras en los movimientos del vientre. El doctor Després (1) ha insistido con especialidad en este fenómeno, que han reconocido en seguida Beatty (2), Corrigan (3), el doctor Bright (4), Barth y Roger (5) y otro gran número de observadores.

El doctor Spittal (6) le ha descrito con mucho cuidado en una Memoria en que refiere dos observaciones detalladas.

«En cualquier punto, dice el doctor Spittal, que se perciban los ruidos de frotacion peristáltica, se pueden considerar como el signo característico del roce de unos intestinos contra otros y contra las paredes abdominales, sin adherencias, ó que son estas poco numerosas. En todos los casos prueban que los intestinos no se hallan enteramente adheridos ó reunidos en una sola masa, ni tampoco fijos á las paredes abdominales en una grande extension.

»Cuando se percibe el ruido de frotacion en la parte superior del abdómen, se pudiera confundir con el de rozamiento pleurítico; pero la presencia, en cierto grado, de las vibraciones peristálticas, bastaria para ilustrar el diagnóstico.»

(1) Després, *Bulletins de la Société anatomique*, 1834, et thèse, Paris, Abril, 1840.

(2) Beatty, *Bruit de frottement dans la péritonite (Dublin Journal*, nº 16, et *Arch. gén. de méd.*, 1834, t. VI, 2.ª série, p. 431).

(3) Corrigan, *Du bruit de cuir neuf comme signe diagnostique des maladies de l'abdomen* (*Dublin Journal*, n.º 27, extrait dans les *Archives*, 1836, t. XII, 2.ª série, p. 226).

(4) Bright, *Cases and observations illustrative of diagnosis, when adhesions have taken place in the peritoneum (Med.-chir. Trans. of London*, 1835, t. XIX, p. 176).

(5) Barth et Roger, *Traité d'auscultation*, 6.ª édit. Paris, 1865, p. 500.

(6) Spittal, *Sur le bruit de frottement abdominal considéré comme signe de la péritonite (London and Edinburgh monthly Journal*, Mayo, 1845, et *Archives générales de médecine*, 4.ª série, t. VIII, p. 474).

Este ruido de frotacion solo se presenta por lo comun á una época poco distante de la invasion de la enfermedad, pues mas tarde el derrame del líquido ó la organizacion de las falsas membranas y las adherencias de las dos caras del peritoneo impiden su aparicion.

Se le puede reconocer por la *simple aplicacion de la mano*, que es como le ha distinguido el doctor Bright, á quien acabo de citar, y entonces imprime á la mano la sensacion de un *crujido seco* mas ó menos fuerte.

Los síntomas que siguen á estos en importancia se hallan en las *vias digestivas*. Respecto al *estómago*, lo que particularmente ha llamado la atencion de los observadores han sido los *vómitos*, que por lo comun están precedidos y acompañados de *náuseas* frecuentes y están formados principalmente de bílis; la materia arrojada es amarilla ó verdosa y por lo comun de color verde oscuro, porrácea y amarga. Mas tarde, no tan solo continúan estos mismos vómitos, sino que además arrojan los enfermos todo cuanto toman, y vienen á ser estos vómitos casi incesantes, síntoma tanto mas incómodo cuanto que las contracciones necesarias para expulsar las materias contenidas en el estómago son siempre sumamente dolorosas. A veces se efectúan estos vómitos en una época adelantada de la enfermedad por simple *regurgitacion*.

En los niños varía un poco este síntoma, segun las investigaciones de Rilliet y Barthez. «Los vómitos, dicen estos autores, son raros en los niños: solo dos veces (1) han anunciado la invasion, y entonces han sido biliosos y abundantes; en un tercer caso únicamente se han presentado los dias once y diez y ocho de la enfermedad.»

Respecto al *conducto digestivo*, se ha indicado principalmente el *estreñimiento*, y Broussais, que se propuso hacer resaltar la importancia de este síntoma, le atribuyó á la dificultad que experimentan al contraerse las fibras intestinales. Pero haremos notar, á propósito de esto, que no se ha distinguido bastante la especie de peritonitis á que se hacia referencia, de modo que no sabemos si este síntoma será aplicable á la peritonitis simple expontánea. Por el contrario, Rilliet y Barthez han observado en el mayor número de los casos de niños que han tenido ocasion de tratar, una *diarrea* que ha durado todo el curso de la enfermedad en los que han sucumbido, y por espacio de bastantes dias en los demás.

No se ha estudiado lo bastante el *estado de la lengua* en los casos de peritonitis expontánea; pero segun lo que sabemos de las demás afecciones inflamatorias, debemos creer que solo se hallará en relacion con la mayor ó menor intensidad de la inflamacion y de la fiebre. En los casos muy graves, se encuentra la lengua seca, par-

(1) Barthez et Rilliet, *op. cit.*, t. II, p. 7.

dusca y resquebrajada. El *apetito* está constantemente abolido y la *sed* es por lo comun intensa.

Otro síntoma que tiene alguna relacion con los que se observan en los intestinos es la *dificultad de orinar*, que han indicado la mayor parte de los autores, y se ha dicho que la orina se presentaba espesa, turbia y ordinariamente roja.

Los *síntomas generales* que acompañan á esta especie de peritonitis no han podido estudiarse con gran cuidado. No se ha citado la existencia de *escalofrios* que se prolonguen durante el curso de la enfermedad, ni tampoco Rilliet y Barthez los han observado en los niños. En los casos en que la afeccion se desarrolla de un modo lento, se conserva el *pulso* un poco ancho, y ofrece resistencia y una celeridad moderada en los primeros dias. Pero en una época mas adelantada, cuando la enfermedad debe terminar por la muerte, el pulso se presenta débil, pequeño, miserable, y lejos de disminuir su celeridad, aumenta sensiblemente. Cuando la afeccion se ha desarrollado con gran rapidez, ha presentado el pulso desde el principio esta pequeñez y celeridad extremas; pero ha sido una equivocacion, como lo hace notar el profesor Andral, el asignar á todos los casos sin excepcion un síntoma que puede faltar en ciertas circunstancias. Esta proposicion se halla confirmada por las observaciones de Rilliet y Barthez.

En los quince primeros dias se observa un *calor* mas ó menos intenso, que puede ser reemplazado en los últimos momentos por el *enfriamiento de las extremidades* y aun de todo el cuerpo. La *piel* está ordinariamente *seca*, la *cara* expresa un gran sufrimiento, y al aproximarse la muerte presenta esa *cara hipocrática*, que tendremos ocasion de indicar en la invasion de las peritonitis por perforacion.

Finalmente, se ha notado la *aceleracion de la respiracion*, que es puramente *costal*, porque los enfermos evitan toda contraccion del abdómen que les ocasionaria dolores escesivos, y además una *agitacion* mayor ó menor en lo mas intenso de la fiebre, á veces hasta *delirio*, y en los últimos tiempos la *postracion*, el *coma* y la *pérdida de la inteligencia*.

2.° *Peritonitis por extension de la inflamacion.*—En esta forma es principalmente en la que se ha estudiado el *ruido de frotacion peritoneal*. Esta especie nos presenta además algunas particularidades en su invasion, y es la que constituye con mas frecuencia la peritonitis parcial ó circunscrita, bajo cuyos puntos de vista importa únicamente que la consideremos aquí.

Invasion.—Es notable la invasion de la peritonitis por extension de la flegmasía en que el dolor que la anuncia se presenta en el curso de una enfermedad cuyos síntomas han podido ya seguirse. Así en los casos de *hernia extrangulada* han durado primero los accidentes propios de esta extrangulacion un tiempo bastante lar-

go, luego aparecen los signos de inflamacion en el saco herniario, y por último se manifiestan dolores peritoneales en las partes inmediatas y se irradian desde este punto á las demás partes del abdómen. Lo mismo sucede en los casos de *inflamacion del hígado;* el aumento de volúmen de este órgano, la sensibilidad á la presion, los vómitos y la ictericia preceden por mas ó menos tiempo á los dolores mucho mas intensos que anuncian la invasion de la peritonitis.

Hay, sin embargo, casos, y son bastante frecuentes, en que no es tan fácil apreciar la invasion de la peritonitis, lo cual sucede cuando la inflamacion del peritoneo es *parcial*, y cuando no se estiende mas allá del órgano primitivamente inflamado, pues puede ocurrir entonces que esta parte del peritoneo se inflame al mismo tiempo que el órgano, y que se confundan los dolores producidos por la peritonitis con los de la flegmasía orgánica. Los únicos signos que pueden darnos á conocer en estos casos la invasion de la peritonitis parcial, son la mayor intensidad del dolor y su asiento superficial, que hace que sea muy difícil soportar la mas ligera presion. Si esta especie de peritonitis se desarrolla en el curso de una afeccion crónica, sus signos son mas aparentes, porque á un dolor sordo y obtuso sucede un dolor violento.

Síntomas.—Como la inflamacion no se haga general con mucha rapidez, no se observa al principio fenómeno alguno muy notable, excepto el *dolor*. Pero si se practica la auscultacion, se percibe alrededor del punto de partida de la inflamacion el *ruido* de *cuero nuevo*, de *crujido* ó *frotacion* que se ha observado principalmente en los casos de este género. Este fenómeno coincide con un estado de inflamacion persistente, local, y reconoce por causa la condensacion de las membranas y de los puntos de las ligaduras de nueva formacion. Se le observa alguna vez con ocasion de cálculos en las vias biliarias, y puede ser muy bien que este ruido haya engañado á los observadores que han creido notar el choque ruidoso de los cálculos en la vejiga de la hiel. En una época mas avanzada aparecen la *tumefaccion del vientre*, la *renitencia intestinal*, y en una palabra, los síntomas que ya dejamos descritos.

Si la *peritonitis* permanece *parcial*, que es lo que sucede mas comunmente cuando la inflamacion de un órgano se comunica al peritoneo, conserva sus caractéres la enfermedad primitiva, y solo se observa el *aumento del dolor* anteriormente citado, y cierta *exacerbacion de los síntomas generales*. Cuando se generaliza, la afeccion reviste las apariencias sintomáticas que encontraremos en la peritonitis por perforacion: esto es lo que pasa en las peritonitis por propagacion de que se ha hecho mencion anteriormente, y en las peritonitis en apariencia expontáneas consecutivas á la fiebre tifoidea, de que se han citado ejemplos.

3.° *Peritonitis puerperal.*—La peritonitis puerperal es notable

especialmente por su invasion y por su violencia de los síntomas que la caracterizan.

Invasion.—Poco tiempo despues del parto, segun Béhier, alguna vez inmediatamente, la mujer presenta una *tumefaccion dolorosa de los anejos del útero* del uno ó del otro lado, ó de los dos á la vez. El pulso se *eleva*, llega á 100 ó 120 pulsaciones, la *cefalalgia* se manifiesta, la *lengua* está *saburrosa*, hay *náuseas* y aun *vómitos*, la *leche desaparece*, los *loquios* continúan, pero *menos abundantes;* la piel está caliente; el vientre hinchado, está extremadamente doloroso; la cara se altera, se hunden los ojos, existe *diarrea*, y en medio de este estado, se ve aparecer un *escalofrío* mas ó menos violento (síntomas que todos los autores han señalado desde Chaussier) (1).

Síntomas.—El *meteorismo del vientre es mucho mas* notable en esta especie que en todas las demás, lo cual depende evidentemente de la flacidez de las paredes abdominales, cuya distension es tan fácil por este motivo. La *acumulacion de gases* en los intestinos se efectúa por lo comun con mucha rapidez. Las náuseas, los *vómitos biliosos* se manifiestan en una época muy próxima á la invasion y á veces hasta desde la invasion. La *sed* se halla considerablemente aumentada y el *apetito completamente abolido*. La *lengua* húmeda, blanquecina y lisa en los primeros dias, se pone ordinariamente oscura en los últimos tiempos. Respecto á los *intestinos*, se observa las mas veces *diarrea*, algunas veces, sin embargo, *estreñimiento*, y en ciertos casos *alternativas* de diarrea y estreñimiento.

Esta especie de peritonitis es una de aquellas en que la *respiracion* parece mas interrumpida á causa de la distension considerable que experimenta el vientre por las razones que hace poco hemos indicado. Por lo demás, lo mismo sucede con este síntoma que con todos los demás que se hallan en relacion con la violencia extrema de la inflamacion en semejantes casos. Así cuando la enfermedad ha adquirido todo su desarrollo, los síntomas que preceden toman una intensidad suma, los vómitos se hacen incesantes, los *dolores á la presion* intolerables, é imposibles los mas ligeros movimientos, lo cual obliga á los enfermos á *permanecer constantemente en decúbito supino*.

Los síntomas generales están en relacion con la violencia extrema de la afeccion, pero no se diferencian sensiblemente de los que antes de ahora hemos indicado. Completan el cuadro de esta enfermedad el *calor* de la piel, la frecuencia del *pulso*, la *agitacion*, la *ansiedad*, el *estado bultuoso de la cara*, y mas tarde el *delirio*, la *pequeñez del pulso*, su frecuencia *aumentada*, que llega hasta dar 140 pulsaciones por minuto y aun mas, la pérdida completa de *fuerzas*, el abatimiento, el aspecto térreo de la *cara*, el *enflaque-*

(1) Béhier, *Conférences de clinique médicale faites à la Pitié*, 1861-1862, p. 544.

cimiento de esta parte y de todo el cuerpo, los *sudores viscosos*, y en algunos casos el *estado comatoso*, completan el cuadro de esta enfermedad.

Hay lugar de reconocer muchas variedades de peritonitis en las mujeres de parto. Señalaremos desde luego la peritonitis que acompaña y localiza, por decirlo así, en el mayor número de casos, la fiebre puerperal. En este caso, la intensidad de los síntomas es extrema, la rapidez de la enfermedad es muy grande; es cuando se ve un escalofrío con castañeteo de dientes en la invasion, una enorme tension del vientre, vómitos biliosos tales que son arrojar oleadas de líquido verde porráceo, por último, una depresion de fuerzas excesiva; la enfermedad, en estas condiciones, tiene una duracion corta, y casi siempre se termina por la muerte. Al lado de estas manifestaciones de un estado infeccioso, que es con frecuencia epidémico, es necesario saber que existe una peritonitis mas benigna, mas circunscrita, en las inmediaciones del útero, y que se le puede llamar metro-peritonitis ó pelvi-peritonitis. Se reconocerá fácilmente esta variedad por la menor intensidad de los síntomas generales, localizacion del dolor en la pélvis, aspecto flegmásico acusado por la coloracion de las mejillas, calor halituoso de la piel, por la fuerza y mediana frecuencia del pulso, etc. Esta distincion es muy importante, porque la una de las dos formas de esta enfermedad entraña un pronóstico de los mas graves, mientras que la otra es curable, y reclama la intervencion del arte. En esta forma inflamatoria Béhier (1) ha obtenido, con ayuda de los antiflogísticos, y sobre todo de las sanguijuelas aplicadas al vientre, algun resultado feliz. (Véase el artículo FIEBRE PUERPERAL, tomo I.)

4.° *Peritonitis por perforacion ó por rotura.*—La peritonitis por perforacion ó por rotura, ya sea de un órgano hueco, ya de un quiste ó de un absceso, en una palabra, de toda cavidad natural ó accidental que contenga un líquido que pueda derramarse en el peritoneo, es la que principalmente ha sido designada con el nombre de *peritonitis sobreaguda*. Esta especie es principalmente notable por su invasion, pero presenta además particularidades importantes que vamos á indicar. Debemos al profesor Louis (2) la primera descripcion bien exacta de este accidente temible, y mas tarde un gran número de autores, entre los cuales citaremos á Stokes (3) y á Forget (4), han fijado su atencion en este punto importante de patologia, y nos han proporcionado hechos cuyo conocimiento ha sido sumamente útil. Hay además diseminadas en los periódicos un

(1) Béhier, *Essai sur la maladie dite fièvre puerpérale*, 1858.

(2) Louis, *Recherches anatomico-pathologiques, etc.; Mémoire sur la perforation de l'intestin grêle*. Paris, 1826, p. 136 et suiv.

(3) Stokes, *Cyclop. of pract. med.: Peritonitis from perforat.*, etc., t. III, p. 308.

(4) Forget, *Mémoire sur les perforations du canal digestif (Gazette médicale)*.

gran número de observaciones, de modo que es fácil trazar una historia bastante exacta de esta especie de peritonitis.

Invasion.—En el curso de una de estas afecciones que pueden ocasionar la ulceracion ó la perforacion de un órgano hueco, ó la rotura de una cavidad que contenga un líquido (1), se observa que aparece *de pronto* un *dolor* sumamente agudo y dislacerante, que primero ocupa un punto limitado del abdómen y luego se estiende con rapidez al resto de la cavidad peritoneal: este es el signo que caracteriza esencialmente la invasion de la peritonitis por perforacion ó por rotura, porque si bien es cierto que se han citado algunos casos en que este signo no ha sido tan manifiesto, son puramente excepcionales, y volveremos á ocuparnos de ellos mas adelante. Hemos dicho que este signo no caracteriza la invasion de la peritonitis por perforacion ó por rotura, pero no por esto se debe creer que baste por sí solo para hacer que se admita la existencia de la inflamacion peritoneal, porque, en efecto, se pueden presentar y desaparecer pronto dolores parecidos á estos, y que ofrecen la mayor analogía con ellos, sin dejar en pos de sí ningun síntoma grave, de lo cual ya hemos visto ejemplos en el cólico hepático. Lo que hemos querido dejar perfectamente sentado es que cuando una peritonitis bien confirmada ha empezado de este modo, se la debe considerar como causada por la perforacion ó la rotura de una cavidad natural ó accidental. Por esta razon nada hay mas importante que informarse con el mayor cuidado de la manera cómo se ha presentado este accidente, casi siempre inesperado.

Síntomas.—Los síntomas de la peritonitis por perforacion ó por rotura son por lo comun de los mas violentos y mejor caracterizados, que es lo que sucede en los casos en que se efectúa la invasion del modo que dejamos indicado. Sin embargo, esta invasion y los síntomas que la siguen son á veces mucho menos marcados, y estos casos deben ser colocados entre las *peritonitis latentes*, de que hablaremos mas adelante.

Este *dolor* tan intenso, y que aparece de *repente*, que hemos dicho que caracterizaba la invasion, conserva su intensidad en los primeros tiempos de la enfermedad. Pronto se pone el vientre *tumefacto*, y la *presion* que se ejerce sobre sus paredes se hace intolerable. Esta exacerbacion del dolor á la presion es un signo de la mayor importancia, y acerca del cual ha insistido mucho el profesor Louis. Hé aquí cómo se espresa respecto á este punto: «La aparicion repentina de un dolor intenso en el abdómen, acompañado de la alteracion de la fisonomía, seria insuficiente para formar con toda la certidumbre posible semejante diagnóstico, y *es necesario que este dolor se exacerbe por la presion.* Así he visto morir en el hos-

(1) Véase *Afecciones del estómago, del intestino, Tísis, Fiebre tifoidea, Enfermedades del hígado y de las vias biliares, del útero y del ovario, Abscesos de la fosa ilíaca, etc.*

pital de la Caridad, en menos de tres dias, á una mujer que padecia una tísis pulmonar poco avanzada todavía, y que presentó en la autopsia como única lesion reciente una porcion de manchas rojas y lenticulares en toda la extension de la membrana mucosa del cólon, á pesar de haber experimentado en toda su intensidad los síntomas indicados; pero el dolor del vientre no se habia exacerbado á la presion.»

La extension del dolor á todo el abdómen es un signo no menos digno de atencion, y el mismo autor ha insistido en estos términos sobre este punto interesante: «No tan solo es necesaria esta exacerbacion, sino que tambien es preciso para la seguridad del diagnóstico que el dolor se extienda mas ó menos pronto á todo el abdómen, como lo prueba el hecho siguiente: Era el enfermo un sugeto de treinta años, que yo estaba observando en 1823 en el hospital de la Caridad, donde habia entrado para curarse de una afeccion de estómago. En efecto, presentaba todos los síntomas de una gastritis crónica; pero despues de algunos dias de descanso fué acometido de repente de un dolor intenso en el epigastrio, acompañado pronto de náuseas, vómitos y alteracion de las facciones. Este dolor, que se exacerbaba por la presion, ocupaba un espacio poco considerable, estuvo siempre limitado á la region donde se habia declarado, y presentó, lo mismo que los demás síntomas, mas ó menos intensidad durante cuatro dias, al cabo de los cuales el enfermo murió. En la autopsia se halló como lesion principal un derrame considerable de sangre detrás del peritoneo, á consecuencia de la rotura de un aneurisma de la arteria celiaca.»

Pudiéramos apoyar estas observaciones del profesor Louis con hechos de otra naturaleza. Así se observan perforaciones intestinales que se verifican en un punto en donde el conducto intestinal se halla cubierto tan solo de tejido celular, como por ejemplo, en la parte posterior del ciego, y entonces no hay peritonitis, sino mas bien un absceso post-peritoneal, y el dolor permanece fijo en el punto en que ha aparecido, á no ser que ocurra una rotura de las paredes del absceso y que se vierta el pus en el peritoneo, lo cual entra ya en los casos ordinarios de que acabamos de hablar.

Se han citado, no obstante, algunos hechos excepcionales de una perforacion que haciendo comunicar, segun todas las probabilidades, la cavidad del intestino con la del peritoneo, el dolor ha permanecido circunscrito. El doctor Castelnau (1) ha referido un caso de este género. Se ha explicado esta particularidad por la formacion rápida de adherencias entre dos asas intestinales, y por un derrame solo gaseoso en la cavidad serosa.

Las náuseas y los *vómitos* biliosos, tan notables en todas las peritonitis intensas, no se hacen esperar en esta, y solo hay una cir-

(1) De Castelnau, *Note sur un cas de perforation intestinale terminée par la guérison* (*Archives générales de médecine*, 4.ª série, t. II, p. 74).

cunstancia que los oculte, y es cuando la peritonitis resulta de una perforacion extensa ó de la rotura del estómago. Los esfuerzos del vómito, lo mismo que todos los demás movimientos, aumentan notablemente el dolor del vientre.

En los *intestinos* hallamos tambien indicado como síntoma importante el *estreñimiento* de que hemos hecho mencion antes de ahora, y ciertamente los casos de que nos estamos ocupando son los mas favorables á la aparicion de este fenómeno. Sin embargo, y este es tambien un hecho que prueba cuán fácilmente induce á error la teoría, hay cierto número de casos en que se ha observado una diarrea bastante considerable. Chomel y Genest (1) han insistido acerca de este punto, y han citado muchos hechos tomados de Louis y Stokes, y de sus propias observaciones, en los que ha habido deposiciones líquidas y numerosas despues de la perforacion intestinal y del desarrollo de la peritonitis general.

Los síntomas correspondientes al estómago y á la boca son los que hemos indicado antes de ahora, como igualmente el estado de la circulacion y de la respiracion, con la diferencia de que la celeridad y pequeñez del pulso y el carácter puramente *costal* de las inspiraciones, se presentan aquí mas pronto que en ningun otro caso.

La *supresion de la orina* es á veces muy notable, y el profesor Forget (2) ha indicado este síntoma de un modo especial.

La *alteracion de las facciones* se verifica tambien con gran rapidez; el *semblante* está contraido y expresa una viva ansiedad, y en poco tiempo se encoge la cara como si hubiese sobrevenido un enflaquecimiento considerable.

El *decúbito* es igualmente notable, y los enfermos se encogen y acurrucan bajo las ropas, temiendo el menor movimiento y manifestando suma repugnancia á toda exploracion.

Completan el cuadro de esta enfermedad *escalofrios* de mayor ó menor duracion, que repiten con cortos intervalos, una sensibilidad extremada al frio, el enfriamiento rápido de las extremidades y la *conservacion* de la inteligencia en medio de tan espantosos padecimientos; se agregan tambien á estos síntomas algunos de los que ya hemos indicado al hablar de las demás peritonitis, pero que seria inútil repetir aquí porque no tienen nada de característicos.

Hay, sin embargo, una particularidad que no debe olvidarse, y es que puede disminuir notablemente la violencia de los síntomas principales, sin que por esto la inflamacion haya perdido de su intensidad. Así se observa en algunos casos, y casi exclusivamente en aquellos en que la enfermedad ha durado mas de veinticuatro horas, que el dolor disminuye notablemente, y lo bastante, segun la expresion de Louis, para que los enfermos pierdan pronto el temor de su situa-

(1) Chomel et Genest, *Leçons de clinique medicale: la fièvre typhoïde*. Paris, 1834, p. 421.

(2) Forget (de Strasbourg), *Traite de l'enterite folliculeuse*. Paris, 1841, p. 242.

cion. «Pero entonces, añade este autor, hay otros síntomas que deben impedir al médico que participe de esta seguridad: el semblante permanece contraido, continúan las náuseas y los vómitos, ó bien la cara, sin hallarse profundamente alterada, está pálida y violada; los enfermos experimentan un escalofrio contínuo, se envuelven lo mas exactamente posible en las ropas de la cama y temen abandonar esta postura; presentan la actitud de un hombre que habiendo tomado un baño frio no pudiese volver á entrar en calor.»

He debido insistir mucho en estas particularidades, porque si en los casos á que aludimos no se tuviesen presentes todas las circunstancias, pudiera caerse en los mas graves errores. La peritonitis por perforacion ó por rotura es un accidente tan terrible, que la menor vacilacion, y con mayor motivo el uso de medios contrarios, harian necesariamente perder las poquísimas probabilidades que todavía puede haber de salvar á los enfermos.

De lo dicho resulta que varían los fenómenos segun las especies de peritonitis, si bien hay un gran número de síntomas que son comunes á todas; pero que es preciso no echar nunca en olvido que un dolor repentino, inesperado, atroz y que se extiende pronto á todo el abdómen, caracteriza particularmente la peritonitis sobreaguda por perforacion, que es entre todas las *peritonitis generales*, y en union con la peritonitis puerperal, la primera bajo el punto de vista de la frecuencia y al mismo tiempo la mas grave.

No es menos notable la suma diferencia que hemos indicado respecto á la gravedad, entre estas *peritonitis generales* y las *parciales* que se desarrollan en un gran número de circunstancias; y así es que todos los autores la han señalado desde que se ha podido estudiar la peritonitis de un modo conveniente.

En algunos casos sumamente raros puede terminar la peritonitis por la *salida al exterior del líquido purulento*, como lo ha observado el doctor Aldis (1) en una niña de siete años, cuya enfermedad llevaba once semanas de duracion, y en la que se presentó al lado del ombligo un tumorcito de paredes delgadas, que se abrió expontáneamente y dió salida á unos 5 litros (10 cuartillos) de pus. Inmediatamente se deprimió el vientre, y pudo asegurarse el profesor de que no habia quiste; por espacio de dos meses continuó saliendo pus, y en seguida se cerró y cicatrizó la abertura, y la enferma quedó radicalmente curada.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de la enfermedad es muy variable, segun las especies, á lo menos en cuanto á su rapidez, porque se puede decir que siempre es contínuo. Es verdad que en la *peritonitis parcial* se observan exa-

(1) *London med. Gas.*, Noviembre de 1846.

cerbaciones manifiestas con distintos intervalos, cuando la flegmasía de la serosa depende de una afeccion orgánica que presenta en su curso alternativas de aumento y disminucion; pero en tales casos se debe atribuir el dolor característico de la inflamacion peritoneal al desarrollo de varias peritonitis circunscritas que se han ido sucediendo con los intervalos indicados. Se halla á veces la prueba de esto en la autopsia, porque se encuentran al lado de adherencias ya antiguas falsas membranas amarillas y blandas, evidentemente recientes. La rapidez del curso es notable en la *peritonitis puerperal*, pero sobre todo en la *peritonitis por perforacion*, en la cual adquiere la afeccion toda su intensidad desde los primeros momentos.

No es posible establecer sobre ningun hecho positivo la *duracion* de la *peritonitis simple expontánea*; la de la *peritonitis puerperal* se ha fijado entre seis y nueve dias en los casos ordinarios, porque á veces han sucumbido las enfermas en pocas horas. La duracion de la *peritonitis por perforacion* ó *por rotura* es la mas corta en casi todos los casos. En los que ha observado Louis, el espacio que ha trascurrido entre la invasion de la perforacion y la muerte ha variado entre veinte y cincuenta y cuatro horas, excepto en un sugeto que no ha sucumbido hasta los siete dias despues del desarrollo de los primeros síntomas: hemos visto hechos semejantes en los casos de *rotura del bazo*. En general se puede decir que la peritonitis que depende de una rotura, es mas prontamente mortal que la peritonitis por perfocion, porque como en los casos de rotura es mas ancha la abertura de comunicacion, y el líquido extraño se derrama con mas abundancia en el peritoneo, se desarrolla inmediatamente la inflamacion con la mayor intensidad. En la rotura del estómago la imposibilidad de ingerir bebida alguna sin que caiga al momento en la cavidad inflamada, y el paso á esta cavidad de las sustancias acres contenidas en el ventrículo, hacen mortal la enfermedad en pocas horas. (Véase tomo III, *Perforacion y rotura del estómago.*)

La naturaleza del líqüido derramado tiene una gran influencia en la rapidez é intensidad con que aparecen los síntomas de la peritonitis; las observaciones de los cirujanos han establecido que la sangre es mejor tolerada que la bílis ó los líquidos intestinales; que la orina es, de todos los líquidos de la economía, el mas dañoso para el peritoneo. Las operaciones practicadas en estos últimos tiempos, las maniobras laboriosas de la ovariotomía son de gran enseñanza en frente de las condiciones de tolerancia de esta membrana para los cuerpos extraños líquidos ó sólidos.

La terminacion de la *peritonitis general* es casi siempre la muerte, y los casos en que mas se pudiera esperar una terminacion favorable son sin disputa los de *peritonitis simple expontánea*; pero ya hemos dicho cuán raros son y cuántas dudas se suscitan acerca de la realidad de la mayor parte de ellos.

Véase lo que se ha dicho de las peritonitis reumatismales, y se

podrán leer dos observaciones presentadas á la Sociedad de Medicina práctica, por Duhamel (1) (sesion de 7 de Noviembre de 1861), y por Masson, (sesion del 3 de Julio de 1862) (2).

En cuanto á la *peritonitis por extension de la inflamacion*, casi siempre tiene un éxito funesto cuando la inflamacion es *general*; mas por fortuna no es este el caso mas frecuente. Todos conocen la terminacion de la *peritonitis puerperal* y cuán pocas son las que se curan; pero en tal caso depende tanto la terminacion funesta de otras lesiones pertenecientes á la *fiebre puerperal*, como de la misma peritonitis.

Repetimos aquí lo que hemos dicho antes que la peritonitis puerperal cuando se generaliza y es la expresion de la fiebre puerperal, sobre todo en tiempos de epidemia, se termina generalmente por la muerte; pero que está lejos de suceder así con la peritonitis pelviana ó metro-peritonitis inflamatoria, la cual es relativamente benigna, y se termina frecuentemente por la curacion.

Pocos son los casos en que la *peritonitis por perforacion* no haya ocasionado la muerte; sin embargo, Graves y Stokes han citado algunos ejemplos que recordaremos al hablar del tratamiento, y el doctor Castelnau ha publicado un hecho muy interesante de *fiebre tifoidea* grave, en la que habiéndose presentado los signos de la perforacion se ha curado, sin embargo, el enfermo; pero no nos olvidemos de que este es un hecho excepcional.

En todos los casos, además se ha podido tratar de una peritonitis sin perforacion, tal como las de que hemos hablado anteriormente, y es bastante probable que haya sido así.

Las peritonitis consecutivas, diferentes de las peritonitis por perforacion, pueden terminarse por la *salida del líquido purulento afuera*. Aldis (3) ha citado la observacion de una niña de siete años, en la que un tumor formado al lado del ombligo se abrió expontáneamente y produjo la curacion al cabo de un mes de supuracion. De la Plagne (4) ha visto producirse el mismo hecho, despues de la puncion, en una mujer acometida de peritonitis puerperal: la curacion siguió á la cerradura de la fístula umbilical expontánea. Sottas (5) ha observado dos casos análogos bajo este aspecto en la clínica de Marotte: se trataba de pelvi-peritonitis.

Respectó á las *peritonitis parciales* se puede decir que no son

(1) Duhamel, *Mort très-rapide survenue par suite d'uné péritonite suraigué foudroyante* (*Gazette dés hôpitaux*, 1861, p. 608).

(2) Masson, *Péritonite aiguë; aplication de la glace;* (*Gazette des hôp.*, 1862, p. 468).

(3) Aldis, *London medical Gazette*, Noviembre de 1846.

(4) De la Plagne, *Péritonite puerpérale; épauchement purulent considérable dans la cavité peritonéale; paracentèse; guérison* (*Gaz. des hôpitaux*, 1861, p. 255).

(5) Sottas, *Pelvi-péritonite suppurée, ouverture spontanée par l'ombilic, etc.* (*Union méd.*, Junio de 1864, p. 418).

peligrosas por sí mismas, y de aquí nace el que se hallen en los casos de afecciones orgánicas crónicas, ó despues de un tiempo mas ó menos largo de las inflamaciones agudas de las vísceras, adherencias mas ó menos fuertes que unen los órganos abdominales con las paredes de la cavidad.

Estas *adherencias*, que pueden entorpecer el ejercicio de los órganos, dan orígen á veces á accidentes que conviene indicar aquí. El vientre permanece sensible en el punto en que aquellas existen, y esta sensibilidad se manifiesta especialmente en los grandes movimientos del tronco, porque entonces hay estirones de estas adherencias que se sienten á la vez en el órgano y en las paredes abdominales. Las vísceras, como el hígado y el estómago, pueden quedar sujetas en una posicion distinta del estado normal, y de aquí un obstáculo mayor ó menor á sus funciones. Pero en ninguna parte se hacen sentir estos accidentes, que son consecutivos á las adherencias, con tanta fuerza como en ciertos casos de adhesion anormal de los intestinos. Hemos hablado ya de bridas resultantes, de peritonitis parciales que extrangulan completamente el conducto intestinal. A veces se adhieren juntas varias asas, y hallándose interrumpido el movimiento peristáltico, se acumulan las materias; otras resulta este *atascamiento intestinal* de la adherencia de una asa á otro órgano, como por ejemplo, el útero ó el ovario tumefacto y enfermo, de donde resulta que la mitad de esta asa se hace declive y que se verifica el atascamiento intestinal con todos sus accidentes. El doctor Cossy ha comunicado últimamente á la Sociedad de observacion un hecho de este género.

§ V.—Lesiones anatómicas.

1.° *Lesiones comunes á todas las peritonitis.*—Los primeros vestigios de la inflamacion del peritoneo, segun las investigaciones y los experimentos de Scoutetten (1), Gendrin (2) y Andral (3), son unas manchitas rubicundas, dispuestas en forma de estrías ó de placas; pero ¿cuál es el asiento verdadero de estas manchas rojizas? Segun los dos últimos autores que acabamos de citar, se hallan en el tejido celular subperitoneal, opinion que está hoy generalmente admitida. Poco tiempo despues se cubre el peritoneo de una exudacion mas ó menos espesa, que no tarda en organizarse en falsas membranas, que cuando son muy recientes tienen un color blanco amarillento, son blandas y se desprenden fácilmente de la serosa subyacente que ha perdido su brillo, su trasparencia y se ha vuelto quebradiza. La cantidad de las falsas membranas formadas de este

(1) Scoutetten, *Mémoire sur l'anatomie pathologique du péritoine* (*Archives générales de médecine*, 1.ª série, t. III, p. 497, 1824; t. IV, p. 386, et t. V, p. 537).
(2) Gendrin, *Histoire anatomique des inflammations.*
(3) Andral, *Clinique médicale et Anathomie pathologique.*

modo puede ser sumamente considerable, pues llenan todos los espacios vacíos, pegan unos á otros los intestinos, y forman bridas que se dirigen de las vísceras á las paredes abdominales y que tienen por lo comun un grosor considerable.

De este modo se encuentra reunida cierta cantidad de líquido de naturaleza variable en las partes mas declives; mas no podemos decir aquí, como en la *pleuresía*, de una manera muy exacta cuál es la naturaleza del líquido derramado en los casos de peritonitis simple expontánea, por las razones que hemos expuesto antes de ahora. En efecto, si no cabe duda de que en los casos bien estudiados y perfectamente conocidos hubo perforacion ó rotura de una cavidad que ha derramado su contenido en el peritoneo, no puede dudarse que el líquido extraño habrá modificado notablemente por su contacto la secrecion peritoneal, que quizá hubiera sido diferente si hubiese habido solo una inflamacion; y además este líquido, mezclándose con el producto de esta secrecion inflamatoria, le ha de comunicar necesariamente cualidades particulares.

Unas veces solo se encuentra en la profundidad de la pequeña pélvis hácia los vacíos, y muy rara vez en otros puntos, una corta cantidad de serosidad turbia, blanquecina, y que contiene copos fibrinosos, y otras hay una verdadera coleccion purulenta mezclada ó no con una pequeña porcion de materias fecales líquidas, de bílis, etc., segun el órgano que se ha roto ó perforado. En algunos casos es bastante abundante el líquido purulento; pero entonces hay ordinariamente abertura de un absceso considerable en el peritoneo, que es lo que se observa en ciertos casos de flemon de las fosas ilíacas. Finalmente, el líquido es á veces sanioso y muy fétido, lo que se observa principalmente en los casos de gangrena de los órganos abdominales.

Algunas veces se halla en el líquido contenido en el peritoneo cierta cantidad de sangre, lo que han creido algunos autores bastante importante para formar una especie particular de peritonitis, que han designado con el nombre de *peritonitis hemorrágica*. Pero ya hemos expuesto antes de ahora las razones que inducen á creer que en la mayor parte de estos casos ha habido una rotura ó de un órgano ingurgitado de sangre, ó de un vaso, rotura que las falsas membranas habian ocultado á las investigaciones de los observadores. En la quinta observacion de Andral (1) ha dicho primero este profesor, que al abrir el vientre salió una porcion de líquido rojo semejante á la sangre que se saca de una vena; y luego en sus reflexiones dice tan solo que el líquido estaba formado de una serosidad sumamente colorada de rojo por la sangre. No es el primer modo de expresarse el que nos parece mas exacto, á menos que no haya habido rotura ó perforacion de un vaso. Se puede admitir que en ciertos

(1) Andral, *Clinique medicale*, t. II.

casos se mezcle una exhalacion sanguínea con el producto de la secrecion inflamatoria del peritoneo, aun cuando no puede dudarse que esto es sumamente raro; pero es difícil concebir que el líquido pudiera parecerse al que se saca de una vena, sino se hubiera derramado en la cavidad serosa una cantidad notable de sangre á consecuencia de una perforacion ó una rotura; y relativamente á los casos á que aludimos, es preciso notar que poco tiempo antes de la muerte ha aparecido de repente un dolor vivo que se ha hecho pronto intolerable, fenómenos propios de la rotura. La hiperemia capilar puede evidentemente ser llevada hasta la rotura de cualquiera de estos ramos, así como se la ve en otras inflamaciones de las serosas: la peritonitis hemorrágica legítima es posible entonces; sin que tenga quizá toda la importancia que le atribuye Broussais.

Hemos notado en la *pleuresía* unas especies de úlceras de la serosa que ocasionaban infiltraciones purulentas en la pared pectoral y hasta la perforacion del pulmon. En la peritonitis no se han observado estas perforaciones de fuera adentro, pero sí se ha visto la destruccion del peritoneo parietal seguida de la infiltracion purulenta del tejido celular subyacente, infiltracion que puede ocupar una gran extension, ó bien haciendo progresos, dar orígen á colecciones de pus. Por lo comun es difícil decir si ha sido el líquido contenido en el peritoneo el que ha producido por su contacto la destruccion de esta membrana, ó si se han vaciado en la cavidad serosa una ó mas colecciones purulentas formadas en el tejido celular subperitoneal. Efectivamente se han observado casos de este género, y se ha dado entonces á la inflamacion el nombre de *peritonitis flemonosa*.

En un caso de peritonitis por perforacion, observado por Guibout, y comunicado á la Sociedad médica de los hospitales, en la sesion de 24 de Agosto 1864 (1), el desarrollo de un absceso en la pared abdominal ha coincidido con los síntomas de la peritonitis, sin que allí haya habido destrucion de la serosa: allí habia habido propagacion de la inflacion peritoneal al tejido celular-subcutáneo, siguiendo un mecanismo semejante al que Leplat ha señalado para la formacion de ciertos abscesos de las paredes torácicas en la pleuresía.

E. Bonamy (2) ha descrito accidentes muy curiosos observados en una peritonitis expontánea: habia perforacion del diafragma al lado derecho, pleuresía del mismo costado y fístula bronco-pleural; los signos del hidro-neumo-tórax y un zurrido abdominal á cada respiracion acompañaban á los signos de la peritonitis durante la vida.

Tambien pudiéramos indicar como lesion de la peritonitis unas

(1) Guibout, *Bull. de la Soc. méd des hôp.*, 1864, et *Union médicale*, 1864, número 114.

(2) E. Bonamy, *Perforation du diaphragme dans la péritonite (Journal de la Soc, académ. de la Loire-Inférieure*, t. XXIV, 177 livrais.)

placas negras que se han supuesto gangrenosas, pero ha sido una equivocacion nacida de la existencia de falsas membranas de color muy oscuro por el contacto con ciertos líquidos ó gases.

2.° *Lesiones peculiares de las diversas especies de peritonitis.*— En la *peritonitis general por extension de la flegmasía* no hallamos otra particularidad que la mayor abundancia y mayor consistencia de las falsas membranas al nivel del órgano primitivamente inflamado. Las *peritonitis parciales* tienen de notable que casi siempre la exudacion es muy espesa desde el principio, y se organiza pronto en falsas membranas. De aquí resultan adherencias íntimas de los órganos á las paredes, de tal modo, que cuando ha pasado cierto tiempo ha desaparecido la peritonitis, y poniéndose las membranas consistentes y celulosas, se borra en este punto la cavidad del peritoneo, á no ser que haya habido tracciones contínuas que hubiera dado á estas falsas membranas la forma de ligamentos prolongados. Tales son estas lesiones antiguas, estos vestigios de una ó mas peritonitis parciales que hace mucho tiempo que se han disipado, y que se encuentran principalmente al nivel de los órganos que padecen lesiones crónicas graves: así se las halla con especialidad al nivel del hígado, del epiplon y de los ovarios convertidos en quiste.

En la *peritonitis puerperal* solo se halla de notable la mayor intensidad de la inflamacion en la pequeña pélvis (á lo menos en el mayor número de enfermas), un aspecto sanioso y una gran fetidez del líquido en ciertos casos, y principalmente, como lo ha notado Bourdon (1), cuando hay una perforacion del útero ó de la vagina que hace comunicar la cavidad del peritoneo con el exterior. A veces se halla tambien una infiltracion purulenta (2) en el tejido celular sub-peritoneal; pero como lo han demostrado los autores modernos, esta lesion es dependiente de la misma causa que produce colecciones purulentas en otros muchos puntos, es decir, de la flebitis ó de la linfangitis uterina.

Lo que caracteriza principalmente la peritonitis puerperal en su mas elevada expresion, es la rapidez del derrame y su carácter seropurulento de corrida. Sin duda se encuentran con frecuencia, en semejante caso, falsas membranas, gruesas, resistentes, extendidas por la superficie de las vísceras, y haciendo adherir entre ellas y las paredes abdominales los intestinos, pero con frecuencia se halla un líquido sero-purulento turbio, muy abundante, que llena toda la pélvis y puede evaluarse á veces en 3 ó 4 litros. En este líquido nadan algunas veces restos de falsas membranas que no han tenido

(1) Bourdon, *Notice sur la fièvre puerpérale, etc. (Revue médicale,* 1841).

(2) Véase Tonnellé, *loc. cit.*—Voillemier, *Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l'hôpital des Cliniques pendant l'année* 1838 *(Journal des connaissances médico-chirurgicales*, Diciembre, 1839, y Enero, 1840, p. 1).—Turnier, *De la fièvre puerpérale observée à l'hospice de la Maternité.* Paris, 1858.

tendencia á organizarse. Veinticuatro horas bastan á veces para que se produzca un derrame semejante. (Véase para esto la discusion ya indicada en el libro de Béhier.)

Finalmente, en la *peritonitis por perforacion ó por rotura*, se hallan diversos líquidos derramados en los intestinos (sustancias alimenticias, materiales fecales, bílis, sangre, pus, etc.), y además abundan con especialidad los productos de la inflamacion á las inmediaciones de los puntos perforados, hasta el punto de ser sumamente difícil el distinguir las diversas partes que ellos envuelven, y cuesta sumo trabajo el descubrir la abertura que ha dado paso al líquido irritante. Entonces se debe proceder con mucho cuidado á la diseccion de las partes, llenar el vientre de agua, hacer la insuflacion del estómago y de los intestinos, y no renunciar á estas exploraciones hasta quedar bien convencido de la integridad de todos los órganos. Obrando de este modo se ha podido lograr, en los casos que refiere el doctor Logerais, descubrir lesiones que se hubieran necesariamente escapado en un exámen superficial. En muchos de estos casos ha pasado al peritoneo una cantidad mayor ó menor de gas, que sale silbando cuando se hace una puncion en el abdómen. Estos hechos no se diferencian sensiblemente de los que hemos indicado en el *hidroneumotórax* producido por la perforacion del pulmon.

Unas veces la perforacion que ha ocasionado la peritonitis es única, y otras son varias. El profesor Louis ha hallado en casos de fiebre tifoidea hasta tres ó cuatro perforaciones en la parte inferior del íleon, y se han observado igualmente varias en el estómago. Las perforaciones que resultan de una ulceracion son redondeadas, y la pérdida de sustancia es mayor en el interior del órgano hueco que en la superficie peritoneal. La forma de la rotura es muy variable, y en efecto, se diferencia necesariamente segun el órgano y segun la lesion.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico de la peritonitis es en general fácil; lo que puede ofrecer en la práctica alguna incertidumbre, es el estado de duda de la ciencia relativamente á la existencia de la peritonitis primitiva. El estudio diagnóstico debe versar, pues, sobre la determinacion de la forma.

Separamos por de pronto á un lado esas *peritonitis parciales* que se hallan bajo la dependencia de afecciones viscerales, agudas ó crónicas, y que no producen mas efecto que hacer momentáneamente á esta enfermedad sumamente dolorosa. Así, pues, basta decir respecto á este punto que si en los casos de afecciones abdominales se observa que la parte de las paredes ventrales correspondiente al órgano afectado se pone sumamente sensible á una ligera presion,

si el enfermo experimenta en esta parte un dolor agudo que aumenta mucho al menor movimiento, y si el asiento de este síntoma permanece circunscrito durante mas de veinticuatro horas en el punto que primero ha ocupado, se debe admitir la existencia de una peritonitis parcial. Ya hemos distinguido los dolores locales, y principalmente los de las paredes del abdómen, de este dolor inflamatorio en toda la region epigástrica.

Respecto á las *peritonitis generales*, empezaremos por la peritonitis puerperal y por perforacion.

La *peritonitis puerperal*, al cabo de muy poco tiempo, presenta por caractéres: un dolor general del vientre muy intenso á la presion, y una tumefaccion manifiesta de toda esta cavidad con resonancia en la mayor parte de los puntos. Ahora bien; una metritis, una ovaritis, una nefritis ó una hepatitis presentan dolores limitados al nivel del órgano inflamado, y por consiguiente cualquiera que pudiese ser la semejanza de los demás síntomas, bastaria esto solo para hacer evitar el error. Nótese además que solo la metritis se desarrolla en iguales circunstancias, y que seria preciso una coincidencia bien extraordinaria para que las otras afecciones viniesen á presentarse en el momento mismo en que puede ocurrir una peritonitis puerperal. Esto solo sucede en los casos de infeccion purulenta; pero entonces la peritonitis, los abscesos del hígado, etc. son únicamente partes constituyentes de la afeccion general.

Se observa á veces que poco tiempo despues del parto siente la mujer escalofrios y en seguida dolores hipogástricos que se designan con el nombre de *entuertos*, y puede temerse entonces la aparicion de una peritonitis. Para evitar el error será preciso recordar que el escalofrio de esta última enfermedad es en general intenso ó notable por su duracion, que va acompañado de una postracion por lo comun manifiesta, y que el dolor agudo, mas persistente que los cólicos, y que se exacerba mucho por la presion, se extiende con rapidez y de tal modo que, á poco de haber aparecido, ya ha traspasado los límites de su primitivo asiento y empieza á irradiarse por el abdómen.

Todavía es mas difícil el diagnóstico cuando se trata de distinguir una *metritis intensa* del principio de la peritonitis puerperal. (Véase tomo V.)

Conviene volver á repetir aquí que la peritonitis *por perforacion ó por rotura* tiene como caractéres principales el empezar *de pronto* por un dolor excesivo que se estiende con rapidez y se exacerba notablemente por la presion. No hallamos afeccion que pueda realmente confundirse con esta, cuando se tienen bien presentes los signos que acabamos de indicar. El cólico *hepático*, el *nefrítico* y tal vez ciertos *dolores nerviosos*, presentan tambien como carácter principal un dolor muy intenso que aparece con mucha prontitud; pero este dolor permanece circunscrito, ó solo tiene irradiaciones va-

riables, y además no se exacerba por la presion, ó si lo hace no es de modo alguno comparable la intensidad de la exacerbacion con la que se verifica en la peritonitis. Debemos añadir que en los diversos accidentes que acabamos de indicar, no se observa, á lo menos de ordinario, el estado del pulso que mas arriba hemos indicado.

Vemos, pues, que no hay mas que la *peritonitis simple y expontánea*, cuyo diagnóstico no pueda formarse completamente. Pero, vuelvo á repetirlo, ya la rareza suma de esta afeccion es un motivo para no admitir de ligero su existencia. En cuanto á las enfermedades con que se pudiera confundir *cuando es general*, apenas hallamos mas que el *reumatismo*, la *neuralgia* de las paredes del abdómen, y ciertas formas del *cólera*.

El *reumatismo* es mas notable por el dolor que ocasionan los movimientos del tronco que por el dolor expontáneo y el que resulta de la presion, y este carácter es ya bastante. Además en el reumatismo no hay ordinariamente fiebre; sin embargo, este signo diagnóstico solo ofrece un valor limitado, porque he visto casos, y no hay médico que no los haya observado, en que han coincidido dolores vivos de los músculos del vientre con fiebre y hasta con trastornos gástricos, y que si no hubiese puesto un gran cuidado en la exploracion, hubieran podido tomarse por peritonitis. El doctor Genest (1) ha llamado particularmente la atencion de los prácticos sobre los casos de este género. Un escelente medio para conocer cuál es en realidad la afeccion que se tiene á la vista, es: 1.° hacer que se siente y luego que vuelva á echarse al enfermo con todas las precauciones necesarias. En la peritonitis estos movimientos ocasionan dolores en todo el vientre, y en el reumatismo queda limitado el dolor á los músculos afectados y á veces á un solo lado, lo cual interesa mucho observar; 2.° y este es el signo por excelencia, la presion en el reumatismo intenso (el único que puede confundirse con la peritonitis) produce primero un dolor bastante vivo, pero si se continúa apretando no aumenta este dolor; no sucede lo mismo en la peritonitis, en la que los dolores son cada vez mayores, segun que se aumenta la presion. No creo necesario decir que esta exploracion debe hacerse con la mayor suavidad, y que basta una presion ligera hecha metódicamente para conocer las variaciones que acabamos de indicar.

La misma observacion es aplicable al diagnóstico de la *neuralgia lumbo abdominal*, que es mas fácil todavía de distinguir de la peritonitis, aun cuando no cabe duda de que por no haber conocido bien la primera de estas dos enfermedades, se las ha confundido con bastante frecuencia. La neuralgia lumbo abdominal puede, como mas adelante veremos, ocasionar dolores de vientre muy agudos, ocupar grande extension y estar acompañada á veces de algun

(1) *Gaz. méd.*, 1832.

meteorismo, pues ya sabemos que no es raro observar cierto grado de timpanitis en las personas nerviosas. He observado muchos casos de este género, y hé aquí cómo se forma el diagnóstico. En la neuralgia corresponde con el dolor abdominal otro mas ó menos vivo á los lados de la columna vertebral y en el punto de donde parten los nervios, cuyas extremidades se encuentran doloridas en la pared anterior del vientre. Además, hay un punto doloroso de una extension variable hácia la parte media y por encima de la cresta ilíaca, y aun cuando los intervalos que separan estos diferentes puntos pueden participar del dolor, sobre todo en ciertos momentos, siempre es fácil distinguir estos focos donde van á repetir las punzadas, y que son mucho mas sensibles á la presion que las demas partes del trayecto de los nervios. Por otra parte, una presion continuada, lejos de aumentar el dolor, le alivia á veces si se comprime extensamente con la palma de la mano; y ya hemos dicho que en la peritonitis apenas se puede insistir en la presion, que aun cuando se ejerza ligeramente y sobre una superficie ancha, es intolerable. Es una particularidad que naturalmente hace resaltar la exploracion de los enfermos, y en razon de ella Piorry aconseja no despreciar las tentativas de percusion (1). Estas serán, además, útiles en el diagnóstico de la peritonitis con los abscesos de la pared abdominal. (Véase mas adelante.)

La comunidad de los signos: vómitos, dolor abdominal, cara fruncida, puede dar lugar á una equivocacion entre la peritonitis y el *cólera*. El error, á la verdad, es mas fácil á la terminacion de la peritonitis que al principio, época en que la peritonitis tiene los signos de las afecciones inflamatorias. Se evitará caer en esta confusion recordando los materiales vomitados en una y otra afeccion, y la naturaleza de las deposiciones, que frecuentemente no existen en la peritonitis. Los calambres, la cianosis, la voz apagada, pertenecen casi exclusivamente al cólera.

Peritonitis parcial desenvuelta expontáneamente y sin la lesion de ningun órgano correspondiente.—Esta forma es susceptible de las mismas reservas, en cuanto á su existencia, que la peritonitis general expontánea. Cuando los signos ordinarios de la peritonitis, y sobre todo los signos locales se presentaren sin que se les pueda hallar otro desórden orgánico ó funcional capaz de explicarlos, se podrá admitir esta peritonitis excepcional, pero es necesario siempre, ante todo, haber explorado todas las vísceras abdominales, el útero en las mujeres, el hígado, el bazo, etc.

En la *metritis*, la palpacion y la percusion dan á conocer en medio del hipogastrio un tumor redondeado, que solo se estiende hasta los vacíos, y que se limita por los mismos medios exploratorios; además por el tacto se aprecia la tumefaccion del cuello, el

(1) Piorry, *Gazette des hôpitaux*, 1863, n.° 117.

peso del órgano y su sensibilidad, y por último, se notan trastornos funcionales, tales como el flujo blanco, las hemorragias, la alteracion menstrual ó la supresion de las reglas, que vienen á completar los signos diagnósticos.

En la *esplenitis* tenemos para guiarnos la tumefaccion del órgano, y en la *hepatitis* el mismo signo, y además la poca intensidad del dolor y la aparicion de la ictericia.

Una afeccion que puede dar lugar á error en algunos casos, pero que es sumamente rara, es la formacion de un *absceso considerable entre el peritoneo y los músculos del abdómen*. El doctor Bricheteau (1) ha citado un caso de este género, en el que además del dolor y de los fenómenos generales de la peritonitis se percibia una fluctuacion manifiesta en el punto que ocupaba el absceso. Esta circunstancia puede servir para dar á conocer la existencia de una coleccion de líquido que no depende de la inflamacion del peritoneo, pues ya hemos dicho antes de ahora que en la peritonitis se hallaba el vientre distendido mas bien por gases, y que el líquido en corta cantidad ocupaba las partes declives. Un sonido á macizo circunscrito en un solo punto del vientre, y la fluctuacion en el mismo sitio, son los signos que mas bien deben hacernos separar la idea de una inflamacion que podia inducirnos á error. Sin embargo, es preciso convenir en que los casos de este género no dejan de ofrecer grandes dificultades. Los mismos signos servirán para distinguir la peritonitis de la *hidropesía enquistada del peritoneo*, es decir, de esas colecciones de líquido seroso que se hallan en el interior del adbómen rodeadas de un saco mas ó menos grueso que las separa completamente de la cavidad peritoneal.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° *Signos positivos de las peritonitis parciales por extension de la inflamacion.*

En el curso de una afeccion poco dolorosa y cuyo dolor se siente á cierta profundidad, se hace este *superficial y muy agudo*.

La presion *exacerba* este dolor *en un grado á que hasta entonces no habia llegado*.

Llegan á ser mucho mas penosos los movimientos, y ocasionan *tirones dolorosos*. Al nivel del punto dolorido se nota un *meteorismo local* bastante manifiesto.

Los síntomas locales, y en particular la *fiebre*, adquieren momentáneamente *mayor grado de intensidad*.

(1) Bricheteau, *Archives génerales de médecine*, 1839.

2.° *Signos distintivos de la peritonitis y de la metritis puerperales.*

PERITONITIS.	METRITIS.
La precede un *escalofrío intenso, prolongado*, y que por lo comun dura muchas horas.	Escalofrio mucho *menos intenso*, de mucha *menor duracion*, y no continuo.
El dolor, cuyo punto de partida se halla en la pélvis, *se estiende con rapidez* hácia el resto del abdómen.	El dolor permanece *fijo* en el hipogástrio, ó si se irradia, es solo por momentos.
El vientre se pone *muy sensible á la presion* en todos sus puntos.	El vientre *solo está dolorido á la presion ó al nivel del útero*, ó en un espacio poco mayor.
Se presenta *pronto el meteorismo.*	Meteorismo *menos pronto y no tan marcado.*

3.° *Signos distintivos de la peritonitis puerperal y de los entuertos dependientes de las contracciones uterinas despues del parto.*

PERITONITIS PUERPERAL.	ENTUERTOS.
Escalofrio *intenso, prolongado y contínuo.*	*No hay escalofrios*, ó solo algunos *vagos y ligeros.*
Dolores *que se estienden pronto* á todo el vientre.	Dolores *que repiten á intervalos*, y *que corresponden á las contracciones uterinas*, apreciables por la palpacion.
La *presion* ocasiona *dolores intolerables.*	*Presion apenas dolorosa* en el hipogástrio, y que *no es nada dolorosa en los demás puntos.*
Fiebre siempre *muy intensa.*	*No hay* fiebre.

4.° *Signos distintivos de la peritonitis por rotura ó por perforacion, y de los cólicos hepático y nefrítico.*

PERITONITIS POR PERFORACION.	CÓLICOS HEPÁTICO Y NEFRÍTICO.
El dolor intenso, y que ha aparecido de repente, *se estiende con la mayor rapidez* á todo el abdómen.	El dolor intenso, y que ha aparecido de repente, *permanece fijo* en los conductos biliarios ó en los uréteres, ó bien se notan tan solo irradiaciones en diversos sentidos.
Se exacerba por la presion hasta el punto de hacerse intolerable.	*La presion es poco dolorosa* al nivel de la afeccion, y *nada dolorosa á cierta distancia.*
Pulso pequeño, miserable, enfriamiento de las extremidades, alteracion del semblante, etc.	El pulso permanece por lo comun natural ó *se hace mas lento:* hay *ictericia* y vómitos biliosos en el *cólico hepático*, y *retraccion de los testículos*, etc., en el *cólico nefrítico.*

igños distintivos de la peritonitis simple y del reumatismo de de las paredes abdominales.

ITONITIS SIMPLE EXPONTÁNEA.	REUMATISMO DE LAS PAREDES ABDOMINALES.
de vientre, *que se exacerba* á la on *en muy alto grado*, y que *nta* segun que esta presion se va ndo mas profunda.	Dolores *que se exacerban menos* por la presion, y que no *aumentan* sensiblemente cuando esta llega á ser profunda.
eneral del abdómen en los movitos del tronco.	En los movimientos del tronco, dolor vivo, *limitado á los músculos afectados*, y á veces *á un lado solo*.
intensa, vómitos biliosos, meimo, etc.	Poca ó *ninguna* fiebre, trastornos digestivos *poco notables*. *Poco ó ningun* meteorismo.

ynos distintivos de la peritonitis simple expontánea y de la neuralgia lumbo abdominal.

PERITONITIS.	NEURALGIA LUMBO ABDOMINAL.
niformemente estendido por todo lómen.	*Puntos doloridos* hácia la columna vertebral y mitad de los huesos íleos.
punzadas, ó siguen direcciones bles.	*Punzadas que siguen el trayecto de los nervios lumbares.*
sion ancha *exacerba siempre* el y tanto mas cuanto mas prose hace.	La presion cuando se ejerce sobre una superficie estensa, *puede aliviar*, ó á lo menos no exacerba notablemente el dolor, segun que se va haciendo mas profunda.
as ó menos intensa.	*No hay* fiebre, á no ser que exista complicacion.

.° *Signos distintivos de la peritonitis simple y del cólera.*

PERITONITIS.	CÓLERA.
ipio signos ordinarios de la inion: calor, fiebre.	Enfriamiento general; pequeñez del pulso.
verdáceos.	Vómitos de aspecto variable.
iiento ó diarrea biliosa.	Deposiciones como de cocimiento de arroz.
cianosis; voz *debilitada*.	*Cianosis*; voz ronca ó *apagada*.
contínuos.	Dolores intermitentes ó remitentes, con mucha frecuencia calambres dolorosos.

tonitis latente.—Se ha observado la peritonitis latente en casos existia despues de bastante tiempo un delirio por lo comun

muy intenso, como sucede particularmente en la fiebre tifoidea, de la cual es un síntoma este delirio. Louis ha referido tres casos de esta naturaleza. Sin embargo, si se sigue con atencion la enfermedad, y si se examina el enfermo con mucho cuidado, se puede llegar á conocer el accidente de que estamos tratando, porque aun cuando el indivíduo no manifieste los dolores intensos qué hemos citado antes de ahora, se nota que su semblante se ha alterado de pronto, que el vientre se pone tumefacto, y que si se hace la presion el enfermo trata de desviar la mano del explorador; que el pulso se ha hecho de repente pequeño, miserable y filiforme, que se han enfriado las extremidades, y en una palabra, que el estado general presenta ese aspecto propio de la peritonitis sobreaguda que hemos descrito antes de ahora.

Si la peritonitis se desarrollase expontáneamente sin perforacion, sin rotura y sin lesion orgánica, en las circunstancias que acabamos de indicar, seria muy difícil evitar el error. Se ha visto, por ejemplo, aparecer en ciertos casos al mismo tiempo ó con corto intervalo una inflamacion de la aracnoides, de la pleura y del peritoneo, y el delirio que resulta de la inflamacion de la aracnoides oculta de tal modo los síntomas de las otras, que no se fija en ellas la atencion del médico y pueden pasar completamente desapercibidas; solo una explo-ploracion minuciosa de todos los órganos puede dar á conocer estas inflamaciones múltiples.

Pronóstico.—El pronóstico es muy diverso, segun la especie de peritonitis, y así es que la *peritonitis parcial* que se desarrolla al nivel de una lesion orgánica ó que es expontánea, lo cual es infinitamente mas raro, no ofrece verdadero peligro. Despues de esta la que presenta necesariamente mas probabilidad de curacion es la *peritonitis general simple expontánea,* pero ya hemos dicho con cuánta reserva se debe admitir su existencia. Todos saben cuán grave es la *peritonitis puerperal,* que es muy raro no termine por la muerte, sobre todo en tiempo de epidemia. La *peritonitis por perforacion ó por rotura* presenta igualmente una gravedad suma; sin embargo, Graves y Stokes han citado casos de curacion, de los cuales nos ocuparemos al hablar del tratamiento, y ya hemos citado antes de ahora el que ha observado el doctor Castelnau. Las circuntancias mas favorables para esta terminacion son el pequeño diámetro de la perforacion, que solo haya dejado pasar una cortísima cantidad de líquido, y la formacion rápida de adherencias que impiden que las materias contenidas en la cavidad perforada propaguen la inflamacion á gran distancia.

Sin embargo, no perdamos de vista que ciertas peritonitis por propagacion se presentan con las apariencias sintomáticas de la peritonitis por perforacion, y están lejos de tener la gravedad fatal.

§ VII.—Tratamiento.

Broussais ha espuesto bien las principales indicaciones curativas, que se reducen: 1.° á impedir toda irritacion inmediata; 2.° á disminuir esta irritacion en el punto que padece; 3.° á mantener la accion del aparato circulatorio y repartidor de los fluidos en su justo medio, sosteniéndola así lo bastante para conseguir la curacion. Nada se ha escrito desde Broussais que haya hecho olvidar la terapéutica juiciosa, cuyas reglas ha trazado este autor con tanta claridad.

Emisiones sanguíneas.—La *sangría general* repetida varias veces á no ser que el pulso esté completamente deprimido, y las *sanguijuelas en gran número* (hasta sesenta, ochenta y ciento en varias veces) á toda la extension del abdómen, hé aquí los medios á que se recurre cuando se conoce que existe una peritonitis. El doctor Armstrong (1) quiere que se haga la *sangría hasta el síncope*, pero nada dicen los hechos que pruebe que produce mejores efectos la sangría por este método que por el ordinario. La aplicacion de *ventosas escarificadas* es por lo comun demasiado dolorosa para que se pueda poner en práctica.

La mayor parte de los autores prefieren las emisiones sanguíneas locales á la sangría general.

Al mismo tiempo se recurre á las *aplicaciones emolientes*, tales como grandes cataplasmas, si los enfermos pueden soportarlas, ó bien fomentos hechos con cocimientos emolientes, y por lo comun *narcóticos* por la adicion del *láudano*. Al mismo tiempo se prescriben *baños generales*, en los que se deja á los enfermos por mucho tiempo (dos horas ó mas); pero uno de los inconvenientes de este medio es que ocasiona movimientos muy dolorosos para colocar al enfermo en el baño.

Narcóticos y antieméticos.—Uno de los síntomas principales de la peritonitis consiste en los vómitos dolorosos y á veces incesantes. Es de importancia calmar este síntoma, que provocando movimientos convulsivos del vientre, aumenta todavía mas la gravedad de la afeccion. Los medios que se usan para lograr esto son de dos especies: unos administran el *opio*, ó bien ingiriéndole en el estómago ó por medio de lavativas, y otros quieren que solo se usen las *bebidas gaseosas*, como el *agua de Seltz* y la *pocion de Riverio*. Pero no creemos que se haya hecho ninguna objecion sólida contra el uso del opio, y si se considera la gran intensidad de los dolores, así como lo importante que es mantener los órganos en un estado de entorpecimiento considerable, no se dudará, no solo en prescribir el opio, sino en darle á altas dósis, como mas adelante veremos que se ha hecho con buen éxito en los casos de peritonitis por perforacion. Así, pues, se irán dando gradualmente y con precaucion de 5 *á* 20 *y á* 25 *cen-*

(1) *Transact. of the Assoc.*, etc., *of Engl. and Wales*, 1823.

tígramos (1 á 4 y 5 granos) *de extracto de opio* en las veinticuatro horas, y se pondrán al mismo tiempo una ó dos cuartas partes de lavativa por dia, añadiéndole *de doce á quince gotas de láudano*, sin dejar por eso de prescribir las bebidas gaseosas. Algunos médicos han supuesto que el opio se hallaba contraindicado al principio de la enfermedad, pero nada dicen los hechos que pueda motivar semejante opinion.

El doctor Riche, de Obernay (1), ha citado un caso en que se han presentado síntomas que al parecer indicaban una peritonitis por perforacion, y en el que se han dado el opio y el beleño á la dósis de 25 centígramos (5 granos) de cada uno, á pesar de ser el enfermo un niño de catorce años. La curacion se ha logrado en unos diez dias. En este caso es notable la tolerancia de una dósis tan alta del narcótico.

Revulsivos.—Despues de los medios citados, debemos nombrar los *revulsivos* que recomiendan la mayor parte de los autores, y que segun Broussais deben emplearse con energía. Figuran en primera línea los *vejigatorios* aplicados á una extension mayor ó menor del abdómen, pero debemos reproducir aquí, y con mayor fuerza todavía, las reflexiones que respecto á los vejigatorios hemos hecho al hablar del tratamiento de la *pleuresía* y de la *pulmonía.*

Peritonitis simple expontánea general.—No vemos que se haya hecho uso del vejigatorio, y sin embargo, si este medio fuese realmente útil seria en los casos de este género en los que tendria mas probabilidades de buen éxito. Valleix es muy contrario al vejigatorio en las afecciones en que la fiebre y el dolor son dos elementos principales. Está bastante dispuesto á creer que este agente, poco útil en las peritonitis *parciales*, cuya marcha depende del estado de otro órgano, debe una cierta reputacion á la confusion entre las *peritonitis benignas* y la *ascitis activa.*

Fricciones mercuriales.—Se ha insistido mucho, expecialmente en estos últimos años, en la utilidad de las *fricciones mercuriales á altas dósis*, pero hablaremos detalladamente de esta medicacion en el tratamiento de la peritonitis puerperal, á la que mas particularmente se las ha aplicado.

Haremos aquí una reserva para el capítulo PERITONITIS TUBERCULOSA, cuando reviste los caractéres de agudeza. En efecto, puede suceder, ó bien que los síntomas agudos se calmen momentáneamente y que la enfermedad entre en una fase de calma que puede hacer creer en la curacion, ó bien que esta tenga lugar realmente por la reabsorcion de los granos tuberculosos y la organizacion de depósitos pseudo-membranosos, de lo cual parece existen ejemplos. Hoy dia se sabe que la peritonitis tuberculosa no necesita para producirse la coincidencia de la tísis pulmonar. ¿No podria suponerse que las curaciones obtenidas por los medios indicados mas arriba, de peritonitis

(1) Riche (d'Obernay), *Revue médicale*, extrait dans le *Journal des connaissances médico chirurgicales*, Junio, 1844.

simples agudas son una fase ó la terminacion de la peritonitis específica, ligada á la granulacion de la serosa abdominal?

Los medios terapéuticos en que particularmente, si no exclusivamente, debemos tener confianza, son las emisiones sanguíneas, y sobre todo las locales, los dulcificantes, los emolientes, los diluentes, y en una palabra, el tratamiento que se designa particularmente con el nombre de *antiflogístico*.

La dieta debe ser absoluta en todas las peritonitis generales, ínterin la afeccion presente una agudeza manifiesta; mas durante la convalecencia se recomienda principalmente la *dieta láctea*, siendo necesaria una gran prudencia cuando se trata de ir aumentando por grados la alimentacion.

Peritonitis por estension de la inflamacion.—Las peritonitis de este género son ordinariamente parciales, y en este caso se obtiene fácilmente la curacion de la inflamacion de la membrana serosa, si se puede vencer la flegmasía orgánica. Pero si la peritonitis se hace general el peligro es estremo, y se debe emplear entonces el tratamiento que vamos á describir para la peritonitis puerperal, lo que nos dispensa de entrar en mayores detalles respecto á este punto; únicamente añadiremos que á los medios que se dirigen contra la peritonitis se deben asociar los que puedan tener alguna eficacia contra la afeccion orgánica que le ha dado orígen.

Robert de Latour ha leido á la Academia de medicina, en la sesion del 8 de Marzo de 1864, la observacion de una jóven atacada de peritonitis consecutiva á dos abscesos ováricos, con reabsorcion purulenta y flebitis, curada por la *capa impermeable del collodion con ricino* (1).

Peritonitis puerperal.—Se han dirigido contra esta enfermedad una multitud de medicamentos mas ó menos enérgicos.

Emisiones sanguíneas.—En todos tiempos han tenido las emisiones sanguíneas un gran número de partidarios; pero tambien ha habido siempre cierto número de autores que han clamado contra su uso, ó á lo menos contra el abuso que de ellas se ha hecho. Es indudable que las observaciones que poseemos poco ó nada dicen en favor de esta medicacion, á lo menos usada sola, y así citando las que ha recogida el profesor Velpeau (2), vemos en todos los hechos que refiere este autor que nunca las emisiones sanguíneas, aun las mas abundantes, han bastado por sí solas para triunfar de la enfermedad. Sin embargo, atendida la violencia de la inflamacion y la actividad considerable de la circulacion, habrá muy pocos médicos que se atrevan á abstenerse de sacar cierta cantidad de sangre á sus enfermas.

(1) Robert de Latour, *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1864, t. XXIX, p. 492.

(2) Velpeau, *Mémoire sur l'emploi des frictions mercurielles dans le traitement de la péritonite des femmes en couches (Revue médicale*, Enero, 1827), et *De l'emploi des mercuriaux (Archives générales de médecine*, t. XIX, Abril, 1829).

Se ha hecho uso de la *sangría general* mas ó menos repetida al principio de la enfermedad, y Baudelocque (1) se inclina á su uso casi exclusivo, en razon á que habiendo que descubrir á las enfermas para poner las sanguijuelas, se exponen con demasiada intensidad á la accion de la temperatura exterior. Este temor, fundado simplemente sobre ideas teóricas, debe mirarse como exagerado, pues ya veremos mas adelante que las diversas fricciones y unciones que obligan igualmente á descubrir las enfermas, no tienen semejantes inconvenientes. La mayor parte de los autores usan con preferencia las aplicaciones de *sanguijuelas*, y recomiendan que se hagan en gran número, habiéndose llegado á poner hasta ochenta ó ciento á la vez, de modo que cubriesen el vientre; pero por lo comun se aplican veinte, treinta ó cuarenta, repitiéndolas segun la necesidad. Algunos médicos quieren que no se pongan todas estas sanguijuelas á la vez, sino que se vayan aplicando sucesivamente en corto número, de modo que haya siempre cinco ó seis que den sangre; pero nada prueba que este método, que es penoso para la enferma, tenga mas ventajas que el ordinario.

Mientras que el pulso ofrezca resistencia se puede continuar la aplicacion de sanguijuelas, sobre todo si bajo su influencia han calmado algo los dolores y perdido el pulso de su frecuencia; pero si este, sin perder nada de su frecuencia, se hace pequeño y débil, se deben suspender y recurrir á los demás medios de que vamos á hacer mencion. Segun Baudelocque, las emisiones sanguíneas deben ser mucho mas moderadas en la peritonitis puerperal epidémica que cuando se desarrolla esta afeccion en el estado exporádico, porque en el primer caso tiene la enfermedad algo de expecífico. El doctor Tonnelé (2) quiere que se reserve la sangría general para la forma de la enfermedad que este autor llama *inflamatoria franca*, y aun en este caso prefiere el uso de emisiones locales por medio de sanguijuelas, que dice puede considerarse particularmente en la enfermedad que nos ocupa como una conquista de nuestra época.

Béhier desde luego ha ensayado acreditar esta medicacion, y en una Memoria sobre la peritonitis puerperal (3) ha publicado el reresultado de su práctica en un número considerable de hechos. No es dudoso que la aplicacion de sanguijuelas sea útil, cuando existe una peritonitis ó metro-peritonitis circunscrita francamente inflamatoria; aun es necesario que la aplicacion de las sanguijuelas se haga con moderacion. En casos de epidemia de fiebres puerperales, el empleo *sistemático* de este medio terapeútico seria seguramente muy nocivo. Además el mismo Béhier, despues de la publicacion de su Memoria, ha reconocido los inconvenientes del método expoliatriz de las emisiones sanguíneas, y le ha renunciado como tratamiento ordi-

(1) Baudelocque, *Traité de la péritonite puerpérale*. Paris, 1830.
(2) Tonnelé, *Archives générales de médecine*, t. XXIII, 1830.
(3) Béhier, *Études sur la maladie dite fièvre puerpérale*, 1858.

nario, reservándole para los casos en que la inflamacion se presenta con violencia en las mujeres fuertes y sanguíneas. Mucho mas evita el tener á las recien paridas á dieta, y recomienda una alimentacion progresiva.

Preparaciones mercuriales.—Las preparaciones mercuriales se han administrado interior y exteriormente. Al *interior* se han dado casi exclusivamente los *calomelanos*, medicamento elogiado por Vandenzande (1), y que este autor asociaba con cortas dósis de opio; de modo que los buenos efectos que Vandenzande aseguraba que habia obtenido de su uso, lo mismo pueden atribuirse á esta última sustancia que á la primera. Saxtorph queria que se los asociase al *almizcle*, y los prácticos como Schmittmann (2), Sanders, Otto, etc., que han elogiado igualmente este medicamento, recomiendan que se administre á dósis refractas, es decir, de 5 á 6 *centígramos* (1 ó 1 $^1/_5$ grano) *cada dos horas*, ó con intervalos mas cortos, disminuyendo la dósis. Carecemos de observaciones que puedan darnos á conocer el grado de accion de este medicamento administrado de este modo. Los autores que hace algunos años han hecho principalmente uso de los mercuriales, y en particular Velpeau, casi siempre han unido la administracion interna de los calomelanos al uso de las fricciones mercuriales, de las que vamos á ocuparnos con mas detencion.

Fricciones mercuriales.—Se deben al profesor Velpeau los principales esfuerzos para introducir las fricciones mercuriales en el tratamiento de la peritonitis puerperal, y ha reunido este autor un número considerable de observaciones en favor de la eficacia de este tratamiento. Debemos no obstante tener entendido que el profesor Velpeau no limita el tratamiento de la peritonitis á las fricciones únicamente, como tampoco lo hacian algunos autores como Chaussier y Laennec, que las habian mencionado, pero sin insistir en su uso, sin aplicar estas fricciones al vientre mismo, y en una palabra, sin concederles ni con mucho la importancia que despues les ha dado el profesor Velpeau.

Es, pues, hablando con propiedad, una medicacion nueva la que ha propuesto este último autor, y así creemos lo mas oportuno copiar el pasaje siguiente de su Memoria, en la que se halla espuesto detalladamente el tratamiento que adopta, y en el que ocupan el principal lugar las fricciones mercuriales.

Tratamiento de Velpeau.—«Luego que aparecen los accidentes y que se manifiesta el dolor al hipogástrio y la fiebre, si la mujer no está demasiado debilitada, exige la prudencia que se haga una sangría ó que se apliquen quince, veinte, treinta ó cincuenta sanguijuelas á la vulva ó al sitio del dolor. Cuando la mujer es robusta y pletórica, y los síntomas son graves desde el principio, se debe sacar al momento una gran cantidad de sangre, ya sea por la flebo-

(1) Véase Brachet, *De l'emploi de l'opium dans les phlegmasies*. Paris, 1828.
(2) Schmittmann, *Summa observationum*. Berolini, 1819.

tomía, ya por medio de sanguijuelas; pero si se ha declarado francamente la peritonitis, y si no ceden los síntomas á las primeras sangrías, aconseja que se recurra sin mas espera al tratamiento mercurial, haciendo fricciones con 8 ó 12 gramos (2 ó 3 dracmas) de ungüento napolitano doble cada dos horas, y dando al mismo tiempo, si el estado de las vias digestivas no se opone á ello, 10 centígramos (2 granos) de calomelanos con iguales intervalos precedidos de una dósis purgante de *aceite de ricino* ó *agua de Sedlitz* cuando el estado de la lengua revela embarazo intestinal. Si los dolores son intensos y repiten en forma de cólicos, se procura aliviarlos por medio de una pocion ligeramente calmante, compuesta, por ejemplo, de

R. Agua de tila y de lechuga........ 60 gram.
Agua de flor de naranjo........ algunas gotas.
Jarabe de adormideras blancas ó de claveles........... 30 gram.

Mézclese. Se toma á cucharadas en las veinticuatro horas.

»Para bebida se elige entre las bebidas diluentes las que mas agraden á la enferma.

»Las fricciones se hacen en todo el abdómen despacio y con precaucion y por una persona inteligente, en cuyo celo se pueda fiar, y que debe tener la mano derecha cubierta con un guante. Despues de cada friccion se aplica al vientre un pedazo ancho de franela con el objeto de preservar los vestidos de la enferma y las ropas de la cama. Por intenso que sea el dolor, nunca lo es bastante para impedir que se den las fricciones en el abdómen, y así solo me decido á hacerlas en los muslos en los casos poco alarmantes ó cuando han desaparecido los accidentes principales, y únicamente cuando la piel del vientre se cubre de granos ó tiende á inflamarse, y aun entonces vuelvo á aplicarlas á esta parte en cuanto se halla un poco menos irritada. Cuando los tegumentos están cubiertos de una capa de pomada demasiado gruesa, conviene limpiarlos con agua ligeramente cargada de jabon ó con un poco de aceite.

»Me parece esencial esta precaucion para favorecer la accion del mercurio; un baño templado de media hora, y aun de una si la enferma se halla bien en él, obra tambien en el mismo sentido, y rara vez deja de producir un alivio general.

»Se dan los calomelanos en media cucharada de cocimiento, en un poco de sustancia de pan, ó poniéndolos simplemente sobre la lengua, y por lo comun á las doce ó veinticuatro horas producen deposiciones abundantes. Estas evacuaciones suelen ser de buen agüero y no impiden continuar las fricciones; pero á no ser que permanezca la intensidad de los síntomas, habria á veces inconveniente en no suspender entonces el protocloruro de mercurio. Si aun hubiese algun

punto mas doloroso que los otros, no se oponen de modo alguno las fricciones á que se usen las sanguijuelas como un remedio intercurrente. Lo mismo digo de la sangría si se manifiestan nuevos signos de plétora.

»Si no se han prescrito los calomelanos, y si parece que se hallan ocupados los intestinos, si presentan borborigmos y la lengua entera está sucia, sin rubicundez ni en su punta ni en sus bordes, se hallan perfectamente indicados el *aceite de ricino* ó el *agua de Sedlitz* artificial, á dósis purgante, y abrevian en general la terminacion favorable. Interesa además, y en mi opinion es de suma importancia, el que durante el curso de este tratamiento se sustraiga á la enferma de las corrientes de aire, y que la temperatura de su habitacion nunca baje de doce á quince grados de Reaumur. Cuando se han llenado exactamente todas estas condiciones, no tarda en manifestarse el alivio; el abdómen va perdiendo poco á poco su sensibilidad, su volúmen y tension; desaparecen por grados las náuseas y los vómitos, y á veces en las veinticuatro horas parece que realmente vuelven las enfermas de la muerte á la vida. Desde este momento pueden hacerse mas distantes las fricciones y reducirlas á 4 gramos (1 dracma), y si se presenta la salivacion, ya no hay por lo comun nada que temer, y puede suspenderse enteramente el uso de los mercuriales.»

Segun el profesor Velpeau, y contra la opinion de Lannec, no es indispensable que aparezca la salivacion para el buen éxito del tratamiento, pero es, sin embargo, de muy buen agüero. Algunas mujeres, añade, toleran dósis verdaderamente espantosas de ungüento mercurial, pues muchas han gastado 180, 240 y hasta 300 gramos (6, 8 y 9 onzas) en el espacio de algunos dias. Otras, por el contrario, salivan al momento, por ejemplo, á la tercera, cuarta ó quinta friccion. El mismo autor considera el tratamiento que acabamos de indicar como propio para combatir igualmente la peritonitis complicada con metritis ó flebitis uterina, ó la peritonitis simple, y puede citarse en apoyo de esta opinion una observacion de Dance, en la que una peritonitis intensa desarrollada en un hombre ha curado perfectamente á beneficio de las fricciones mercuriales.

El doctor Tonnelé, sin conceder á las fricciones mercuriales y á los calomelanos tomados interiormente un grado tan grande de eficacia, aconseja su uso porque ha visto con frecuencia buenos resultados de las fricciones; sin embargo, cree que si los ejemplos que refieren los autores que le han precedido hubiesen sido de peritonitis epidémicas y no de esporádicas, estos resultados hubieran sido menos frecuentes. Pero esto no es una objecion al tratamiento que nos ocupa, porque ya sabemos cuánto agrava todas las enfermedades el carácter epidémico, y no tendria nada de particular que en semejantes circunstancias una medicacion, por excelente que fuese, no alcanzase buen resultado contra la violencia extrema de la enfermedad. Todavía pudiéramos citar otros muchos autores, y en particular

Dance, Guersant y Bonnafous (1), que han referido hechos en favor de este método de tratamiento.

Vacca (2) ha reemplazado las fricciones mercuriales por las *fricciones iodadas;* cita una *sola* observacion en la cual parece que esta medicacion ha producido buenos resultados. Es necesario hacer cada dos horas fricciones al abdómen con 4 gramos de la pomada siguiente:

R. Bálsamo tranquilo...	30 gram.	Iodo......................	1 gram.
Ioduro de potasio.....	2 gram.	Manteca..................	16 gram.

Los hechos son poco numerosos para poder decidir sobre la utilidad de estos medios.

Vomitivos.—Se han aconsejado los vomitivos, y su administracion data ya de una época bastante remota, pues Willis, A. Petit, y sobre todo Doulcet, médico del Hôtel-Dieu, han insistido en su uso. Todos saben que en la época en que estos médicos vivian se consideraba como indicado el uso de los eméticos, cuando en una enfermedad parecian anunciar las náuseas y los vómitos una tendencia del organismo á desembarazarse por esta escrecion de una sustancia nociva. Si únicamente queremos interrogar á la experiencia acerca de este punto, lo mejor que podemos hacer es consultar las observaciones del doctor Tonnelé. Este práctico, que ha visto administrar principalmente la *ipecacuana*, cita once hechos en favor de esta medicacion, pero por desgracia la mayor parte de ellos se han referido de un modo demasiado conciso, de suerte que con frecuencia se han quedado olvidados ciertos síntomas característicos, tales como la extension del dolor á todo el abdómen, y el dolor vivo á la presion; que á veces no se hace mencion de los vómitos, y en una palabra, que no siempre está formado el diagnóstico de un modo positivo. No obstante, hay entre estos hechos algunos, y en particular el quinto y el sétimo, que no dejan duda alguna respecto á este punto, y en los cuales la medicacion vomitiva ha sido pronto seguida de un alivio manifiesto y una curacion rápida. Es difícil decir si se pueden conocer por algunos signos particulares los casos en que puede tener ventajas esta medicacion. He citado estos hechos para animar á las personas que se hallan en proporcion de hacerlo, que repitan estos experimentos con todas las precauciones necesarias. En los casos que ha citado el doctor Tonnelé se ha dado la ipecacuana *á la dósis de 1 gramo próximamente* (18 granos), lo cual no impedia aplicar sanguijuelas cuando se creia necesario, y de prescribir los baños y las pociones diluentes y las laxantes. El profesor Béhier ha reconocido la utilidad de este medio, y ve su indicacion en los casos en que las afecciones puerperales empiezan por el embarazo gástrico.

(1) Bonnafous, *Bulletin de thérapeutique*, 1833.
(2) Vacca, *l'Observation*, Marzo, 1851, et *Bulletin général de thérapeutique*, 15 de Agosto de 1851.

Purgantes.—Se han prescrito igualmente los purgantes suaves á pesar de haber diarrea; pero son demasiado inexactos los datos que poseemos acerca de este punto para concederles mas que una simple mencion. Solo diremos que el doctor Gartner recomienda el *aceite de ricino* á la dósis de una cucharada de café cada dos, tres ó cuatro horas, al que añade en los casos de inercia de los intestinos de dos á cuatro lavativas por dia con *agua caliente y dos cucharadas de aceite de ricino*, y que Cruveilhier recomienda la pocion siguiente, despues de haber empleado la sangría, los baños y las inyecciones uterinas.

R. Aceite de almendras dulces	30 gram.	Aceite de ricino	30 gram.
		Jarabe de altea	30 gram.

Se toma á cucharadas.

Narcóticos.—Se ha hecho igualmente uso de los narcóticos, y sobre todo del opio, en la peritonitis puerperal, y se debe administrar esta sustancia del modo que hemos indicado al hablar de la peritonitis simple. El doctor Gaspari aconseja el linimento siguiente:

R. Hidrocianato de sosa	1,25 gram.	Manteca	12 gram.
Láudano de Sydenham	2,50 gram.		

Hágase un linimento, que se aplicará con suavidad.

En estos últimos tiempos se ha obtenido un alivio constante aplicando la *morfina por el método endérmico* sobre el abdómen.

Esencia de trementina.—Debemos colocar en primera línea el *aceite esencial de trementina* que el doctor Brenan (1) y otros muchos médicos ingleses han dado como el remedio mas eficaz contra la peritonitis puerperal. Estos autores, entre los cuales debemos citar principalmente á Douglas y Kinneir, han publicado cierto número de observaciones en apoyo de su opinion; pero Trousseau y Pidoux (2) han demostrado por una análisis crítica de estos diversos hechos, que el diagnóstico era casi siempre incierto, y que hasta en la mayor parte de los casos no se podia absolutamente admitir la existencia de la peritonitis. En consecuencia de esto no han podido estos dos autores considerar como fundadas las aserciones de los médicos ingleses, y no es posible negar la exactitud de su crítica, que puede dirigirse igualmente á un hecho que ha citado el doctor Rauch, de Berlin (3). En este caso antes de administrar la trementina habia dejado el dolor del vientre de ser general (ya suponiendo que alguna vez lo hubiese sido, lo cual no está probado), solo existia en el lado izquierdo y se habian restablecido los loquios, suprimidos por un

(1) Brenan, *Thoughts on puerp. fever*, et. London, 1814.

(2) Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapetique*, 7.ª édit. Paris, 1862, t. II, p. 632 et suiv.

(3) Rauch (de Berlin), *Wochenschrift für die gesammte Heilkunde*, n.° 44, 1836; extrait dans les (*Archives générales de médecine*, Enero de 1837.

instante. ¿No pueden determinar estos síntomas una metritis un poco intensa con meteorismo doloroso? Por otra parte, es escoger muy mal el momento de administrar un remedio, el darle cuando se ha presentado un alivio evidente. Por último, el profesor Cruveilhier (1) nos dice que ha prescrito este remedio en el hospital de la Maternidad sin obtener ningun resultado ventajoso.

El doctor Brenan quiere que se use la esencia de trementina interior y exteriormente, y al interior da una *cucharada*, ó bien 30 gramos (1 onza) en un vaso de agua azucarada, repitiendo esta dósis una ó mas veces al dia, si el caso lo exige.

El doctor Rauch prescribe este medicamento del modo siguiente:

R. Esencia de trementina... 2 gram. | Emulsion simple...... 10 gramos.

Mézclese. Se toma en el acto. Se repite esta dósis de hora en hora hasta que sea muy manifiesto el alivio, y en los dias siguientes se continúa su administracion, pero solo tres ó cuatro veces en las veinticuatro horas.

La trementina administrada de este modo, ¿produce otros efectos mas que su accion purgante? Es muy dudoso. Trousseau y Pidoux se han convencido de que no ocasiona mas, y lo que induce á creer que tienen razon, además de las consideraciones que dejamos expuestas, es que para hacer mas enérgica la accion de la trementina se le ha asociado por lo comun á otros purgantes, y así, particularmente el doctor Brenan, le ha asociado el *aceite de ricino* y la *tintura de sen*. Cualquiera que sea el modo de obrar de este medicamento, Trousseau lo emplea alguna vez, á imitacion de Graves, en la peritonitis puerperal; hace tomar al enfermo 12 cápsulas que contiene cada una 12 gotas de trementina: se aplica sobre el vientre una mixtura de opio y de belladona, y se da un enema de glicerina (2).

La *aplicacion externa* del aceite de trementina se hace frotando simplemente todo el vientre con suavidad y con un pedazo de franela empapado en este medicamento. Se repite esta operacion dos ó tres veces al dia. Tambien se puede hacer uso de los diversos linimentos compuestos en que entra la trementina. Segun el doctor Douglas, bastaria esta sola aplicacion externa para conseguir la curacion en muchos casos.

Carbonato de potasa.—Segun Recamier y Brachet, es muy útil este medicamento en la fiebre puerperal; pero como carecemos de hechos, no podemos apreciar en lo que valga este agente terapéutico, que tiene además pocos partidarios. Se puede prescribir la preparacion siguiente:

R. Carbonato de potasa. 50 centíg. | Jarabe de diacodion .... 15 gram.
Pocion gomosa...... 220 gram. |

Se toma á cucharadas de hora en hora.

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, t. I, 13e livr., in-fol. avec pl. color.
(2) Trousseau, *Péritonite puerpérale* (*Gazette des hôpitaux*, 1862, p. 566).

Medios diversos.—Ha habido la idea de emplear el *frio húmedo*, á imitacion de las irrigaciones frias usadas en cirujía. Las lociones de *agua fria pura* (1) ó alcanforada (2) han sido el primer modo de aplicacion de este proceder; despues se pensó en el *hielo* (3). Béhier, en un trabajo leido á la Academia de medicina el 1.° de Abril de 1862, ha hecho conocer un cierto número de curaciones obtenidas por él con la ayuda de este medio. Véase cómo lo emplea: se aplican al vientre de los enfermos compresas dobladas muchas veces, impregnadas de agua fria y cubiertas de vejigas de caoutchouc que contiene el hielo reducido á pequeños fragmentos. El todo se sostiene por una sábana aplicada de manera que no estorbe los movimientos. Cada dos horas el hielo debe ser renovado y las compresas mojadas de nuevo. En el campo, se pueden reemplazar las vejigas de caoutchouc por vejigas de cerdo, y el hielo por agua fria frecuentemente renovada (4). Masson ha curado una niña de once años de una peritonitis simple por el hielo machacado (5).

Béhier ha encontrado el empleo del hielo en la peritonitis en una observacion *tomada de la Sociedad real de medicina de Tolosa*, y reproducida por los *Archivos* para 1828; Grisolle le ha comunicado un caso de curacion por el frio húmedo semejante á los suyos, y Nélaton le ha enseñado que Recamier habia sido testigo hacia ya mucho tiempo de una curacion análoga.

En cambio Gaucher (6) dos veces habia logrado salvar los enfermos, desesperados, entreteniendo en la habitacion una temperatura de cerca de 40° centígrados.

Restablecimiento de la secrecion láctea y de los loquios suprimidos.—Ya hemos dicho que la supresion de la secrecion láctea y de los loquios constituian síntomas importantes de la peritonitis puerperal, aun cuando se haya exagerado mucho esta importancia. Así, pues, naturalmente se ha tratado de restablecer estas evacuaciones con el objeto de efectuar una derivacion saludable, punto sobre el cual Gasc insistió principalmente. Para restablecer la secrecion láctea, se aplican cataplasmas emolientes á los pechos, ó bayetas calientes, ó mejor aun se recurre á las ventosas secas, á las cataplasmas sinapizadas ó á la succion. La mayor parte de los prácticos opinan que se debe hacer esta succion con los instrumentos que al efecto se han inventado, ó con la boca y por persona adulta; pero algunos no tienen inconveniente en dejar mamar á los niños, y aseguran que jamás les ha resultado de esto accidente alguno. Se ha intentado el

(1) Reuss, Hufeland.
(2) Sutton, véase *Revue médicale*, 1827.
(3) Lagielski, *Hufeland's Journal der practischen Heilkunde*, 1826.
(4) Béhier, *Bulletin de l'Académie de médecine*, et *Archiv. gén.*, 1862.
(5) Masson, *Péritonite aiguë* (*Société de médecine pratique*, et *Gazette des hôpitaux*, 1862), p. 468).
(6) Gaucher, Soc. de méd. pratiq. (*Gazette des hôp.*, 1860).

restablecimiento de los loquios por medio de un corto número de sanguijuelas (de cuatro á seis) aplicadas á la vulva repetidas veces, con los tópicos que quedan indicados, ó por inyecciones tibias y aromáticas, pero es preciso convenir con Baudelocque en que valen bien poco todos estos medios. En efecto, si la intensidad de la inflamacion ha sido la que ha suspendido las secreciones, solo despues de haber calmado la violencia de la peritonitis podemos esperar que se restablezca la secrecion láctea y el flujo loquial, que tienen entonces una propension natural á restablecerse.

Precauciones generales.—Evitar, en cuanto sea posible, que haga el enfermo los menores movimientos.

No cargar sobre el vientre el peso de las ropas de la cama, colocando un aro si la presion fuese intolerable.

Por régimen, dieta severa mientras que la enfermedad esté en todo su vigor.

Volver con mucha prudencia á su régimen analéptico, durante la convalecencia.

Peritonitis por perforacion.—El tratamiento de la peritonitis por perforacion solo se diferencia de los ya expuestos en el uso mas general del *opio á altas dósis* y en algunas otras particularidades que vamos á indicar. Se deben emplear las sanguijuelas, los tópicos emolientes, las fricciones mercuriales, etc., lo mismo que en la puerperal, con la precaucion de proporcionar estos medios al estado de las fuerzas de los enfermos, porque como la perforacion ocurre por lo comun en afecciones que han deteriorado considerablemente la constitucion, seria imprudente el insistir mucho en estos casos en las emisiones sanguíneas. Respecto á los medios terapéuticos mas particularmente aplicables á esta especie de peritonitis los expondremos con rapidez, empezando por el uso del opio á alta dósis.

Se administra el *opio á alta dósis* en todas las peritonitis por perforacion, cualquiera que sea el órgano perforado; pero donde con especialidad se ha empleado ha sido en los casos en que ha ocurrido este accidente en el conducto intestinal. Stokes ha propagado principalmente el uso de este medio, y desde que este autor ha publicado observaciones muy interesantes en favor de la medicacion que nos ocupa, otros médicos han referido hechos que vienen en apoyo de su utilidad. No tan solo Stokes ha citado casos de curacion, observados por Graves y por él, sino que ha demostrado que en otros casos en que al fin habian sucumbido los enfermos, el uso del opio habia logrado retardar la terminacion funesta. La preparacion que se emplea es la *tintura de opio*, conocida en Inglaterra con el nombre de *gotas negras*, que se da á la dósis de *dos ó tres gotas de hora en hora*, de modo que el enfermo venga á tomar de cuarenta y ocho á sesenta y dos gotas en las veinticuatro horas. Al mismo tiempo se puede poner *una ó dos cuartas partes de lavativa con quince á veinte gotas de láudano*, á no ser que resida la perforacion en el intestino grueso, y

aplicar al abdómen bayetas empapadas en agua de altea muy laudanizada.

En Francia se eleva la dósis hasta 25 y 30 centígramos de *extracto tebáico* en las veinticuatro horas. Es evidente que no se debe temer cierto grado de narcotismo; se intenta precisamente paralizar los movimientos peristálticos.

El empleo de la *morfina por el método endérmico* puede ser aun muy útil en semejante caso.

Supresion de bebidas y de todo medicamento que se administre por la boca, excepto el opio.—Esta parte del tratamiento es aplicable á todos los casos en que haya algun motivo para suponer la existencia de una perforacion intestinal ó estomacal, y así, por grande que sea la sed, solo se permitirá al enfermo refrescar la boca con *pedacitos de hielo* ó con el *zumo de frutos ácidos*, como el limon ó la naranja, y hasta se le debe encargar que eche fuera los líquidos y que solo trague la menor cantidad posible. Es fácil comprender el objeto de esta precaucion: como los líquidos que se escapan de los intestinos y caen en el peritoneo son la causa determinante de la inflamacion, se debe tratar de disminuir su abundancia por todos los medios.

Las mismas observaciones son aplicables á los diversos medicamentos, y sobre todo á los *purgantes* y *eméticos*, que deben *proscribirse completamente*, cuidando mucho de no administrarlos ni aun en una época bastante adelantada de la convalecencia. En efecto, se han citado casos de haber administrado intempestivamente un purgante en sugetos que caminaban á la curacion, y haberse reproducido con intensidad todos los síntomas de la perforacion y ocasionar una muerte pronta. Stokes refiere un ejemplo muy notable de este género.

Inmovilidad absoluta.—Es tambien una condicion muy importante para la curacion el mantener á los enfermos en un estado de inmovilidad tan absoluta como sea posible. En los esfuerzos de defecacion y del vómito es cuando con especialidad aumentan de intensidad los accidentes, y por consiguiente se deben emplear todas las precauciones imaginables para hacer lo menos violentos que se pueda estos movimientos indispensables, y así hemos dicho que con este objeto tambien se ha administrado el opio. En todos los demás actos se debe encargar á los enfermos que no hagan movimiento alguno, y se apartará de ellos toda causa capaz de producir la menor agitacion.

La exploracion del abdómen en esta especie grave de peritonitis debe hacerse con mas precaucion aun que en todas las demás, y así se hará la palpacion del vientre con sumo cuidado, y hasta cuando no haya dudas acerca del diagnóstico de la enfermedad se debe omitir semejante exámen.

Resúmen y prescripciones.—El uso de las preparaciones mercu-

riales, y sobre todo de las fricciones con el ungüento mercurial, la aplicacion del frio húmedo y sobre todo del hielo, en la peritonitis puerperal, y la administracion del opio á altas dósis en la peritonitis por perforacion, son, entre todos los medios terapéuticos que hemos analizado, los que la experiencia nos ha dado á conocer su eficacia con mas exactitud. En las demás especies se debe recurrir principalmente á las emisiones sanguíneas y á los emolientes y atemperantes.

Prescripcion I.—Peritonitis general aguda en un sugeto robusto y sin causa orgánica aparente.

1.° Para bebida, solucion de jarabe de goma, infusion de altea, etc.
2.° Sangría general, repetida una ó mas veces, segun la resistencia del pulso; aplicacion de treinta, cuarenta y hasta cincuenta sanguijuelas al vientre, repitiendo esta aplicacion si fuese necesario.
3.° Fomentos emolientes al vientre.
4.° De 3 á 5 centígramos ($^1/_2$ á 1 grano) de extracto gomoso de opio por mañana y tarde; dos cuartas partes de lavativa de agua de altea, con ocho á doce gotas de láudano.
5.° Dieta absoluta, y evitar, en cuanto sea posible, todo movimiento.
En los niños se suprimirá la sangría general; el número de sanguijuelas variará de cuatro á diez ó doce, segun la edad; la dósis de opio al interior será de 1 á 5 centígramos ($^1/_5$ á un grano) al dia, y la de láudano de dos á cuatro ó cinco gotas.

Prescripcion II.—Peritonitis por perforacion.

1.° Si se trata de una perforacion del conducto intestinal, se suprimirán las bebidas y se refrescará solo la boca con pedacitos de hielo ó algunas gotas de un líquido acidulado. En las perforaciones de los demás órganos se darán las bebidas que hemos espuesto ó las aciduladas.
2.° Dos ó tres gotas de tintura de opio de hora en hora, ó bien de 2 á 3 centígramos ($^2/_5$ á $^3/_5$) del extracto tebáico cada dos horas. Una cuarta parte de lavativa, dos ó tres veces al dia, con doce ó veinte gotas de láudano, excepto en los casos en que la perforacion resida en la parte inferior de los intestinos gruesos.
3.° En cuanto sea posible, inmovilidad absoluta.
Resúmen.—Emisiones sanguíneas, emolientes, narcóticos, revulsivos.
En la peritonitis por extension de la inflamacion: el tratamiento propio de la afeccion primitiva.

En la peritonitis puerperal: fricciones mercuriales á altas dósis, ipecacuana, purgantes ligeros, esencia de trementina, carbonato de potasa, frio húmedo y otros medios diversos.

En la peritonitis por perforacion: opio á altas dósis, abstinencia de bebidas, si hay perforacion del conducto intestinal, é inmovilidad.

ARTÍCULO II.

PERITONITIS CRÓNICA.

Broussais (1) ha sido uno de los primeros que mas han insistido en la necesidad de estudiar con cuidado la inflamacion crónica del peritoneo. Scoutetten, Gendrin y otros muchos no han tratado con todo el cuidado que hubiera sido de desear mas que la parte anatómica, y Andral ha referido ejemplos interesantes de peritonitis crónica.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Casi todos los autores han considerado como peritonitis crónicas á los simples resultados de la peritonitis aguda: así, pues, se han mirado como verdaderas inflamaciones crónicas las falsas membranas antiguas, que dificultando mas ó menos el juego de los órganos, ocupan mayor ó menor extension de la serosa abdominal. En esta parte se ha reproducido lo que se ha hecho respecto de la endocarditis crónica; pero las reflexiones presentadas al tratar de esta última enfermedad (2) se aplican á la peritonitis. Es evidente que procediendo de este modo se ha extendido mucho el cuadro de esta enfermedad, que debe definirse diciendo: la peritonitis crónica es una afeccion del peritoneo que produce durante su curso síntomas inflamatorios lentos y contínuos.

Algunos autores han designado á esta afeccion con los nombres de *inflamacion peritoneal*, *inflamacion del mesenterio*, *inflamacion crónica del bajo vientre;* mas en la actualidad se emplea generalmente el de peritonitis crónica.

La peritonitis crónica no es una afeccion frecuente, pero tampoco es muy rara, porque desde que la anatomía patológica ha empezado á fijar nuestros conocimientos sobre esta materia, se han recogido gran número de ejemplos, y ya veremos mas adelante que esta enfermedad se encuentra en muchos tísicos.

(1) Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques.*
(2) Véase t. II, *Endocarditis crónica.*

§ II.—Causas.

Segun Chomel (1), la peritonitis crónica se produce principalmente bajo la *influencia de la afeccion tuberculosa*, puesto que Louis nunca la ha hallado mas que en personas que padecian de tubérculos (2). En algunos casos muy raros se ha visto que un depósito de *materia cancerosa* en la superficie de los órganos abdominales ó en los pliegues del peritoneo producia la inflamacion crónica de este. Estas son las peritonitis que segun la division de Andral son *crónicas desde su principio*. Hay, sin embargo, algunas otras, pero muy raras, que se presentan desde luego con esta cronicidad: tales son las *peritonitis parciales* debidas á las *inflamaciones crónicas* de los diversos órganos, á la produccion de ciertos *quistes*, de *abscesos*, etc. He dicho que estas peritonitis crónicas son muy raras, porque en efecto, en los casos de que se trata, lo que se ve sobrevenir comunmente es una *peritonitis aguda* que se termina por *adherencias* mas ó menos íntimas, pero estas adherencias no constituyen una inflamacion, pues no son mas que el producto de ella.

Lo que en otros casos da orígen á la peritonitis crónica es ya una *perforacion que ha sido prontamente limitada* por falsas membranas, *ya una inflamacion muy intensa de un órgano* seguida de una inflamacion del peritoneo inmediato, la cual se comunica al resto de la serosa. Leyendo con atencion las tres primeras observaciones de peritonitis crónica referidas por Andral, se encuentran en ella ejemplos de estas diversas especies; sin embargo, no está claramente indicada en ella la existencia de la perforacion; pero en uno de los enfermos se presentaron las cosas de tal manera que casi no se podia dudar de su existencia. Estas peritonitis son las que siendo *agudas en su principio* toman despues el carácter crónico, en cuyo caso sucede lo siguiente: Comunicándose la inflamacion intensa al peritoneo, produce primero síntomas violentos, pero calmándose despues esta inflamacion, continúa en el peritoneo la secrecion de falsas membranas y de serosidad mas ó menos alterada, y la peritonitis se hace crónica.

Los autores del *Compendium* y Grisolle (3) consideran casi de la misma manera la peritonitis crónica. Grisolle rehusa este nombre, y con razon, á casi todos los accidentes que son, en el peritoneo, una consecuencia ó una disminucion de la peritonitis aguda. Esta apreciacion disminuye considerablemente el número de casos de peritonitis crónica *simple*. Aun se deberán rebajar las observaciones en que el peritoneo participa, por razon de vecindad, de la inflama-

(1) Chomel, *Dictionn. de méd.* en 30 vol., t. XXIII, p. 595.
(2) Louis, *loc. cit.*, p. 270.
(3) Grisolle, *Traité élémentaire et pratique de pathologie interne*. Paris, 1865.

cion del útero, ó de los flegmones subperitoneales, y que injustamente se han intitulado *peritonitis crónicas*.

Las *causas predisponentes* y *ocasionales de la peritonitis crónica* no se han estudiado tanto como se pudiera desear, sin embargo, hay un cierto número que conocemos, de que debemos hablar, aunque no se pueda valuar numéricamente su importancia. Entre las *causas predisponentes*, la *edad* debe ser considerada desde luego: en efecto, en los jóvenes se encuentra principalmente la peritonitis tuberculosa, y se puede afirmar que es sobre todo frecuente en la adolescencia. Esta circunstancia está perfectamente de acuerdo con lo que se sabe del desarrollo de los tubérculos. Porque, como hemos dicho mas arriba, la peritonitis crónica se observa sobre todo en los sugetos tuberculosos, sea que la enfermedad empiece por los gánglios mesentéricos, sea que tenga su punto de partida en las ulceraciones del intestino, ó que aparezca bajo la forma de diátesis, afectando un gran número de órganos y aparatos á la vez.

Otras causas predisponentes y ocasionales se han estudiado; entre estas causas citaremos las habitaciones húmedas y mal sanas, la falta de luz solar, el trasporte y aclimatacion forzosa en un pais mas frio y mas húmedo que el que se habia habitado hasta entonces, una mala alimentacion y la *miseria*. El estado caquéctico que engendran las privaciones y la miseria, principalmente en las grandes poblaciones del norte de Europa, se traduce y se termina frecuentemente por la peritonitis crónica tuberculosa.

§ III.—Síntomas.

Peritonitis tuberculosa.—Es la especie que se presenta casi siempre á la observacion.

Los síntomas han sido ya descritos por Louis (1), pero de una manera general, que puede ser permita algunas distinciones en relacion con la variabilidad de la enfermedad. Vamos á procurar indicarlos segun los descubrimientos modernos y nuestra experiencia personal.

Se presentan en los tuberculosos dos formas de peritonitis: la una es el resultado de ulceraciones intestinales; la otra marcha con el desarrollo de granulaciones tuberculosas en el peritoneo.

1.° *Peritonitis por ulceraciones intestinales*.—Se conocia la razon y la frecuencia de las ulceraciones que invaden en la tísis pulmonar, la mucosa del estómago y de los intestinos: estos accidentes no se revelan siempre durante la vida, pero cuando lo hacen, es ordinariamente por los signos de la peritonitis crónica.

En el curso de una tísis pulmonar confirmada sobrevienen en el enfermo *desórdenes gastro-intestinales* que no legitiman todavía

(1) Louis, *Rech. sur la phthisie*. Paris, 1843.

el grado de caquexia á que ha llegado: una *incomodidad*, despues el *dolor abdominal* se hace sentir expontáneamente, este dolor *aumenta por la presion*, pero no impide la exploracion del vientre. Es *contínuo*, y deja poco descanso al enfermo. El vientre pierde su *flexibilidad*, se *eleva medianamente* y sus paredes dibujan las circunvoluciones intestinales. El estado general no parece mucho mas grave que antes: hay un *poco de aceleracion del pulso*, *poco sueño*, un *apetito caprichoso* y siempre mediano, *diarrea*. Esta situacion puede durar muchos meses. El enfermo se debilita mas y mas: en un momento dado la *sensibilidad abdominal se exagera* considerablemente, el *vientre se meteoriza* y presenta la *fluctuacion* en los lados: hay *vómitos* con bastante frecuencia *verdosos*. *El pulso es pequeño* y *frecuente*, *la piel fria*, *la cara angustiosa* y *fruncida*.

2.° *Peritonitis granulosa*.—Esta forma se presenta ó bien de corrida en un individuo que hasta entonces no habia dado señales de tubérculos, ó bien en un sugeto que tiene ó padece tísis pulmonar. En el uno y en el otro caso, la peritonitis puede estar *asociada* á fenómenos torácicos ó cerebrales intensos, ó estar bastante tiempo *aislada*. En fin, puede ser *relativamente rápida* ó *lenta*.

Cuando es *rápida*, la *invasion* de la enfermedad se parece al de una pirexia. El enfermo siente *fiebre*, *dolor de cabeza*, *algunos zumbidos de oidos*, á veces *epistaxis;* pierde el sueño, el apetito y se queja del vientre. Hay un poco de *estreñimiento*, *diarrea*, mas rara vez. El vientre se *pone hinchado*, está sobre todo un *poco sensible* á la palpacion; las *paredes* son *menos flexibles* que en el estado normal; el *bazo* es frecuentemente *voluminoso*, la *temperatura* del cuerpo se *eleva*; hay la *sudámina*; la inteligencia es generalmente completa, ó bien hay *delirio nocturno*.

Cuando su curso es *lento*, se manifiesta por la *pérdida de apetito* y por alternativas de *estreñimiento* y de *diarrea*, si los enfermos no son ya tísicos: un poco mas tarde hay *náuseas* y *vómitos*, *sin fiebre*, ó con un ligero movimiento febril por la tarde. El vientre *incómodo* antes de *hacer sufrir* al enfermo; *apenas* está *sensible* á la palpacion, un *poco hinchado;* su *pared* está *distendida*, bastante *dura* y *renitente*. Se nota por la percusion *un grado mediano de ascitis;* alguna vez se puede percibir con la mano el *frote peritoneal*. El estado general es insignificante, excepto la *debilidad* ó *deterioro progresivo* de los individuos, á menos que otras manifestaciones no sean suscitadas por el tórax ó el cerebro, accidentes que no vamos á describir porque no dependen de la peritonitis.

Este resúmen de las formas de peritonitis granulosa que se hallará sin duda en los viejos, resulta de las observaciones modernas de L. Colin (1), de S. Empis (2) y de algunos otros trabajos diseminados.

(1) Léon Colin, *Études clin. de méd. militaire*. Paris, 1864.
(2) S. Empis, *De la granulie*. Paris, 1865.

Estos síntomas muchas veces han bastado para hacer diagnosticar la existencia de tubérculos pulmonares que no daban lugar á ningun signo torácico apreciable. El doctor Louis ha referido algunos ejemplos de esto, y Jackson (1) ha recogido otros en la clínica de este médico, que le han llamado vivamente la atencion, como lo dice repetidas veces en sus notas, recogidas por su padre. Yo tambien he observado un caso del mismo género en el hospital de Lourcine, en una mujer en la cual nada podia hacer sospechar la existencia de una tísis pulmonar, y que, sin embargo, tenia granulaciones tuberculosas en ambos pulmones; pero eran en un número poco considerable, no estaban aglomeradas, ni produjeron ningun fenómeno á la auscultacion y la percusion, que es tambien lo que sucedió en los casos observados por Louis. Añadiendo á esta descripcion el *crujido* sentido por la aplicacion de la mano sobre el vientre en ciertos sugetos, y que ha sido indicado por el doctor Bright, tendremos todo lo que importa saber acerca de la sintomatología de la peritonitis crónica.

La *peritonitis crónica cancerosa* presenta casi los mismos síntomas, y solo estudiando el estado de los diversos órganos en que puede haberse desarrollado el cáncer, es como se conoce la naturaleza de la enfermedad; sin embargo, hay algunos de los fenómenos precedentes *que no existen*, tales como la diarrea y los sudores.

Las *peritonitis generales que en su principio han sido agudas y luego se han hecho crónicas*, presentan cuando han llegado á este último estado fenómenos semejantes á los de la peritonitis tuberculosa, á excepcion de *que faltan los síntomas pectorales*, á no ser que haya complicacion, y que son generalmente *menos marcados* la diarrea colicuativa y los sudores nocturnos.

Se conocen las *peritonitis crónicas parciales* en el dolor local, en la tumefaccion del vientre, y se distinguen de las precedentes principalmente por la existencia de la lesion orgánica de curso crónico que les ha dado orígen.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

La peritonitis por ulceraciones tuberculosas arrebata á los enfermos en veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, á contar desde el momento en que se presentan los síntomas violentos del segundo período. La primera forma de la peritonitis granulosa es de corta duracion; despues de diez, quince ó treinta dias que sobrevienen ó no manifestaciones torácicas, el sugeto sucumbe en el coma, como bajo el imperio de una enfermedad general, antes bien que no muere de peritonitis, ó bien hay remision y tránsito á la forma siguiente. La forma lenta

(1) Jackson, *A Memoir of James Jackson*. Boston, 1835.

puede durar largo tiempo, pasar todo un año: tiene fases de remision y podria aun curar, segun L. Colin y Empis. Con mas frecuencia los enfermos caen en el marasmo, ó bien la aparicion de fenómenos torácicos y cerebrales da á la enfermedad una actividad rápidamente fatal.

Como todas las inflamaciones secundarias, la peritonitis crónica ejerce una influencia fatal sobre el curso de la enfermedad principal, y que tiende á acelerar la terminacion funesta.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Se encuentra en el peritoneo un derrame de serosidad cuya cantidad varía mucho. El líquido está mas ó menos cargado de copos albuminosos, á veces contiene cierta cantidad de pus, y en algunos sugetos se encuentra este tan bien formado que se le puede conocer perfectamente.

Frecuentemente se presentan tambien en la autopsia falsas membranas á veces múy abundantes que reunen todo el paquete intestinal, de modo que es difícil reconocer todas sus partes. En otros casos, por el contrario, estas falsas membranas se hallan diseminadas y son bastante delgadas. Bajo este aspecto presentan grandes diferencias, segun los casos, y tambien varía mucho su consistencia. En ciertos sugetos son blandas y amarillentas en varios puntos, al paso que en otros son gruesas, blancas y consistentes, y en otros puramente celulosas. En la peritonitis que ha tenido por punto de partida las ulceraciones de la mucosa intestinal, las falsas membranas tienen mas bien el primer carácter, es decir, el de un coágulo fibrino-purulento; las de la peritonitis granulosa, tienen, al contrario, la apariencia de semi-organizadas; para L. Colin y S. Empis (1), son absolutamente de la misma naturaleza que las granulaciones, y aun, segun el último, la inflamacion granulosa peritoneal seria primitiva y no secundaria de las granulaciones.

Las ulceraciones intestinales provienen del reblandecimiento de los tubérculos que han invadido los folículos, sea solitarios, sea arracimados, accidente frecuente, segun opinion de Cruveilhier (2): las úlceras se parecen mucho á las de la fiebre tifoidea, á su nivel se encuentran placas de adherencias gruesas y blandas.

Una de las lesiones mas notables que se encuentran es sin contradiccion el depósito en las falsas membranas, ya de granulaciones cuya apariencia nada tiene del aspecto tuberculoso, y consideradas por Scoutetten como concreciones fibrinosas, ya verdaderos tubérculos redondeados, prominentes y friables. Tambien en algunos

(1) L. Colin, *Études de médecine militaire*, p. 46 et 74, et Empis, *De la Granulie*, p. 29 et suiv.
(2) Cruveilhier, *Traité d'anat. pathol.*, 1862, t. IV, p. 719.

casos se halla una parte de la falsa membrana completamente trasformada en materia tuberculosa. Algunas veces, pero es mucho mas raro, se observa en ella la sustancia melánica. Las granulaciones indicadas mas arriba son á veces tan abundantes, que la superficie de la membrana mucosa está toda sembrada de ellas, lo que le da un aspecto rugoso. Segun S. Empis, las granulaciones se desarrollan ó en la superficie del peritoneo, ó en el tejido celular sub-seroso, ó en las masas celulosas de nueva formacion. La capa de linfa plástica primitivamente depositada en la superficie del peritoneo hace algunas veces creer que están en el espesor de esta membrana (1).

El depósito de materias tuberculosas en las falsas membranas es, como se ve, digno de llamar la atencion, pero no por eso se debe creer que sea constante este depósito; y como por otra parte los tubérculos subperitoneales están lejos de ser frecuentes en los casos de peritonitis tuberculosa, de aquí resulta, como hace observar Louis, que la peritonitis crónica de los tuberculosos no es otra cosa que una lesion inflamatoria «debida á una causa especial, á la que se agrega sin duda en cierto número de casos la intensidad y la duracion del movimiento febril, como sucede con las enfermedades agudas,» esto mismo sucede en los niños, como resulta de las observaciones de Rilliet y Barthez.

Yo he visto en un caso que se presentó en el anejo del Hotel Dieu (2) una *especie de erupcion* semejante á las vesículas del sudámina en toda la superficie de las circunvoluciones intestinales, en un tísico que padecia peritonitis crónica. Estas vesículas tenian en general el grosor y la trasparencia de las del sudámina, y cuando se las reventaba con un alfiler se hacia salir de ellas una gotita de líquido trasparente sin quedar vestigio alguno. Despues de haber hecho desecar el intestino, estas vesículas han conservado en parte su forma, y cuando se las arrancaba con la punta de un alfiler se veia que se habia levantado una corta porcion del peritoneo, debajo del cual se hallaba un pequeño vacío que resultaba de la desecacion del líquido, y la superficie tenia el aspecto de las vesículas del sudámina desecadas y rotas, con sola la diferencia de que el peritoneo reemplazaba á la epidermis. En la peritonitis granulosa, el bazo y los gánglios linfáticos están casi constantemente hipertrofiados, y presentan granulaciones ó tubérculos en su espesor. (L. Colin y S. Empis.)

Para completar esta indicacion de las lesiones del peritoneo me contentaré con mencionar el color rojo, pardo ó negruzco que ofrece la membrana ó el tejido subyacente, las manchas grises que presenta, su engrosamiento y el del tejido á que esta membrana revis-

(1) S. Empis, *loc. cit.*, p. 74 et 75.
(2) Véase Valleix, *Considérations pratiques sur la péritonite chronique et son traitement (Bulletin générale de thérapeutique*, Junio, 1846, t. XXX, p. 409).

te, la induracion de este último, su infiltracion por diversos líquidos, la destruccion del peritoneo por diversas úlceras en algunos casos muy raros, y en fin, la dilatacion de ciertas partes del intestino, el engrosamiento de sus paredes, su acortamiento, de donde resulta un aspecto valvular de toda su mucosa, y las diversas lesiones orgánicas que han sido el orígen de la peritonitis.

Los progresos de la medicina clínica por una parte, y por otra el tiempo de detencion impreso á la anatomía patológica por el advenimiento de una crítica severa, han obligado á los médicos á tener mas en cuenta la marcha y los síntomas de la enfermedad que sus lesiones. Los autores, y los mas dignos de imponer á la opinion, están en desacuerdo completo relativamente á lo que se ha llamado elemento tuberculoso. El mayor número se une á la opinion siguiente: el tubérculo, ya se presente bajo la forma de masa de apariencia caseosa, ya afecte el aspecto granuloso, ya se infiltre en los parénquimas, ó determine ulceraciones sobre las mucosas, procede del mismo grado de la diátesis tuberculosa; no está demostrado que el curso de la enfermedad esté en relacion con estas diferencias anatómicas. (Véase, para este objeto, la teoría desarrollada por Empis (1).

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

«La existencia de esta peritonitis crónica y tuberculosa estaria, dice Louis (2), suficientemente demostrada en un sugeto que hubiese experimentado, siguiendo el órden que voy á indicar y durante un espacio de tiempo variable, el siguiente conjunto de síntomas:

1.° »Algunos dolores de vientre ordinariamente generales y poco intensos, aunque muy incómodos, no acompañados de diarrea.

2.° »Un aumento de volúmen y de sonoridad del vientre, acompañado bien pronto de una fluctuacion manifiesta, sin que por otra parte exista ni haya existido ningun síntoma de una enfermedad orgánica de las vísceras del abdómen, especialmente del hígado, de los riñones ni del corazon.

3.° »La retraccion mas ó menos rápida ó lenta del derrame, en cuya consecuencia se percibe en el vientre que está ligera y generalmente meteorizado, las circunvoluciones de los intestinos distendidas á causa de la dificultad con que las materias que contienen recorren sus sinuosidades.

»Finalmente, todo esto va acompañado de una debilidad que no se explica ni por el estado aparente de los pulmones, ni por las excreciones, cuya abundancia nada ofrece de notable.»

La peritonitis granulosa rápida puede fácilmente tomarse por una *fiebre tifoidea*, sobre todo en los primeros dias, y debido á las ano-

(1) S. Empis, *loc. cit.* p. 12 et 350.
(2) Louis, *Recherches sur la phthisie*, 2.ª édit. Paris, 1843, p. 295.

malías frecuentes que se encuentran en la dotinentería. Sin embargo, el elemento *estupor*, que no falta, aunque sea en un grado muy débil, en la dotinentería, no se encuentra en la peritonitis granulosa, lo que forma contraste con la gravedad del resto de los síntomas. Las manchas rosáceas no acompañan jamás esta última; el exámen del vientre da mas bien la sensacion pastosa en la peritonitis, acusa mas el desarrollo de gas en la fiebre tifoidea. Además, la asociacion de los signos torácicos y cerebrales no tarda en general en tomar caractéres diferentes, segun la afeccion de que se trata.

La forma lenta podria ser confundida con la peritonitis por afeccion *cancerosa* de los órganos abdominales. Se reconoce el cáncer por sus signos positivos: cuando determina la ascitis, esta es mas considerable que la de la peritonitis tuberculosa. Si no hay líquido, es posible á cierta época notar un tumor.

Empis indica el diagnóstico de la forma rápida con la fiebre puerperal.

Es muchas veces muy difícil el diagnóstico de las *peritonitis crónicas parciales*, que con frecuencia se ocultan á la observacion.

Pronóstico.—El pronóstico de la peritonitis crónica general cualquiera que sea su causa, es siempre muy grave. Cuando sobreviene esta inflamacion en el curso de la tísis pulmonar, se debe temer que se acelere considerablemente el curso de esta última enfermedad; si se manifiesta faltando cualquier otro síntoma de los demás órganos, la experiencia ha acreditado que se desarrollan tubérculos en los pulmones; por último, aun en los casos en que despues de haber empezado la inflamacion del peritoneo de una manera aguda tiene un curso crónico, se debe esperar casi indefectiblemente que la terminacion sea mortal.

§ VII.—Tratamiento.

Presentamos una enumeracion rápida de los medios apropiados para disminuir la intensidad del mal, y su influencia sobre el curso de la afeccion principal.

Aunque los síntomas inflamatorios sean poco intensos, no se debe vacilar en usar algunos medios *antiflogísticos*, sobre todo al principio de la enfermedad. Así, pues, se aplicarán sobre el abdómen *sanguijuelas* en número de ocho ó diez, y mas todavía si las fuerzas del enfermo lo permiten, cubriendo las picaduras con *fomentos* ó *cataplasmas emolientes* si el enfermo puede soportarlas. Tambien se han aconsejado los baños; pero es preciso tener cuidado de que no se aumenten los dolores con los movimientos, y que el enfriamiento á que puede exponerse el enfermo al salir del baño no venga á agravar su estado general. En ciertos casos la peritonitis cronica toma

cierto carácter de agudeza, y entonces se debe insistir mas sobre estos medios.

Igualmente se prescriben con mucha ventaja el *opio* y los diversos narcóticos á las dósis comunes; pero se deben administrar principalmente las lavativas laudanizadas, que tienen la gran ventaja de calmar los dolores abdominales y de combatir la diarrea, que frecuentemente suele ser tan abundante en los tísicos.

La aparicion de la peritonitis no contraindica el uso del *aceite de hígado de bacalao*. Se ha creido obtener buenos resultados del *ioduro de potasio* al interior; las propiedades de este medicamento autorizan para atribuirle cierta aptitud para ayudar á la resolucion generatriz de las granulaciones y aun á su reabsorcion (Empis). Se le da á la dósis de 50 centígramos á 1 gramo.

Los *vejigatorios*, los *cauterios*, las *moxas* y las *fricciones irritantes* sobre el abdómen, se han empleado especialmente en la peritonitis crónica; pero muy rara vez se hallan las condiciones en que se puede recurrir á esta medicacion dolorosa. En efecto, seria menester que no existiese ninguna excitacion febril, y ya sabemos que tanto la peritonitis como la enfermedad puerperal, producen un movimiento febril mas ó menos intenso. Por lo demás, es preciso añadir que nada existe en las observaciones que pruebe que haga verdaderamente útil esta medicacion.

Lo mismo puede decirse de las *fricciones mercuriales* ó *ioduradas*, sin embargo de que estos medios se pueden usar, pero con prudencia. Respecto á las fricciones mercuriales es preciso advertir que lejos de tratar de producir la salivacion, se debe suspender su uso en cuanto se note que se resiente la boca.

Trousseau y Pidoux han aconsejado las *cataplasmas de cicuta* como resolutivos en la peritonitis crónica, y se ha citado un hecho observado en el hospital Necker (1) en apoyo de esta opinion. Pero se puede dudar si la quietud y el régimen no hicieron en esta peritonitis, que parecia hallarse en su declinacion, mas que las cataplasmas de cicuta; sea de esto lo que quiera, la manera de emplear este remedio es la siguiente:

Se aplica por mañana y noche una cataplasma compuesta de dos terceras partes de cicuta en polvo y de una tercera parte de harina de simiente de linaza. Si faltase la cicuta en polvo, se puede hacer uso de las hojas frescas ó desecadas, pero no pulverizadas, y se aplican entonces sin mezclarlas con la harina de simiente de linaza. Por otra parte, cuando llega á enfriarse la cataplasma, se puede emplear con ventaja para calentarla el agua en que se cuecen las hojas de cicuta. Una precaucion que es igualmente muy buena, es la de aplicar encima de la cataplasma un pedazo de hule para impedir que sea

(1) *Action résolutive des cataplasmes de ciguë dans la péritonite chronique (Bulletin général de thérapeutique*, Junio, 1847, t. XXXIII, p. 517).

demasiado rápida la evaporacion, y mantener así el calor y la humedad necesarias.

Por último, no haré mas que indicar los *baños sulfurosos* y *alcalinos*, cuyos efectos son muy hipotéticos, y terminaré diciendo que despues de los medios antiflogísticos ya expresados, lo que mas conviene al enfermo es la *quietud absoluta*, evitando todos los movimientos que no son indispensables, un *régimen suave*, ténue, sin ser muy riguroso, y particularmente la *dieta láctea*. Con estos medios tan sencillos es muy frecuente ver, si no desaparecer los síntomas tan incómodos de la peritonitis, á lo menos aliviarse de tal modo que se hacen soportables.

Algunas veces, segun Chomel, se observan colecciones purulentas que se han formado en el peritoneo, que tienden á abrirse paso al exterior, ya al través de las paredes abdominales, ya á los intestinos, á la vejiga ó á la vagina.

«En el primer caso, dice este autor, se podrá preparar ó abrir una salida al pus por medio de los *cáusticos* ó del *bisturí*, y en los demás se deberá deterger el foco en que se ha formado el pus y favorecer la adhesion de sus paredes por medio de una *presion metódica*, las *inyecciones* ó los *chorros*.» Por lo demás es preciso convenir que son sumamente raros los casos en que se pueden seguir estos consejos.

ARTÍCULO III.

ASCITIS.

La hidropesía ascitis es una enfermedad cuyos signos son demasiado evidentes para que se la haya podido desconocer aun en los primeros tiempos de la medicina. Así, pues, la encontramos ya en Hipócrates (1) una multitud de pasajes, en los cuales están descritos los síntomas de la ascitis, y donde expone las principales circunstancias en que esta afeccion toma orígen, y en fin, un tratamiento bastante rico para combatir esta especie de hidropesía. Galeno, que es el primero que ha procurado establecer una division regular en la ascitis, ha insistido tambien mucho sobre esta afeccion. Celso (2), Areteo (3) y posteriormente una infinidad de médicos de todas épocas han trazado mas ó menos completamente la historia de esta grave enfermedad.

En todas estas descripciones se hallan generalmente bien apreciados los signos exteriores, el curso de la afeccion en las principales circunstancias, y los accidentes que puede presentar; pero lo que mas importaba determinar, y lo que no podia hacerse sino por las investigaciones modernas, son las diversas causas orgánicas que dan

(1) Hippocratè, *Œuvres complètes*, traduites par Littré, t. VII, *Des maladies: Des affections internes*, p. 221.
(2) Celse, *De re medica*, lib. III, édition Fouquier et Ratier.
(3) Arétée, *De signis et causis diuturn. morb.*, lib. II.

orígen á la ascitis, y que hacen de sus diversas categorías otras tantas especies muy diferentes. En efecto, los antiguos no podian tener sobre este punto mas que ideas muy confusas. Es verdad que se sabia de una manera general, é Hipócrates lo habia indicado ya con precision, que los tumores del hígado y del bazo eran frecuentemente seguidos de la acumulacion de la serosidad en la cavidad abdominal; pero se ignoraba completamente cuáles son entre las alteraciones de estos órganos las que producen mas particularmente la hidropesía, por qué mecanismo les dan orígen, y en fin, cuáles son las demás condiciones orgánicas que determinan la ascitis.

En la época en que bajo la direccion de Morgagni empezó la anatomía patológica á hacer sus mayores progresos, estas ideas, necesariamente vagas, adquirieron mayor precision; pero eran necesarias las interesantes observaciones de Bouillaud, Reinaud, Andral, Bright y otros muchos que tendré ocasion de citar en el discurso de este artículo, para que la historia de la hidropesía ascitis llegase á tener bastante exactitud. Sin duda quedan todavía muchos puntos que exigen nuevas investigaciones para dilucidarse, pero no por eso tiene nada de exagerada la asercion precedente respecto á la mayor parte de los interesantes hechos que vamos á presentar en la descripcion de esta enfermedad.

Se han propuesto muchas divisiones, de las cuales las mas célebres son las de Sauvages y Cullen.

Solamente dicen señalaremos tres especies de ascitis: 1.° la ascitis por *irritacion* secretoria de la membrana serosa abdominal; 2.° la producida por un *obstáculo á la circulacion venosa* en los vasos de la vena porta y aun en los de la vena cava, y 3.° la debida á una *modificacion patológica de las cualidades de la sangre.*

En realidad no hay otras, y las especies que se pueden admitir no son mas que subdivisiones adoptadas por los autores para la comodidad de la descripcion; esto es lo que han hecho, sin que se les pueda vituperar, Abeille (1), A. Tardieu (2), H. Gintrac (3), etc. Yo me contentaré con precisar el carácter de las especies cuando de ban resultar de ello indicaciones terapéuticas especiales.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se da el nombre de *ascitis* á toda acumulacion de serosidad en el peritoneo, pero solamente en él; de esta manera se dejan á un lado las *hidropesías enquistadas* que en otro tiempo formaban parte de la ascitis.

Tambien se ha dado á esta afeccion los nombres de *hidropesía del*

(1) Abeille, *Traité des hydropisies et des kystes*. Paris, 1852.
(2) Ambr. Tardieu, *Manuel de patholog. et cliniq. méd.*, 3.ª édit., 1866, p. 344.
(3) Henri Gintrac, *Nouv. Dictionn. de méd. et de chirurgie pratiques*. Paris, 1865, t. III, art. Ascite.

bajo vientre, *ascitis peritoneal*, *hidroperitonia*, *hidro-abdómen*, *hidrogastria*.

No se debe incluir á la ascitis entre las enfermedades muy *frecuentes*, pero tampoco es rara, porque no hay médico que con frecuencia no haya tenido ocasion de observarla.

§ II.—Causas.

Las causas de la ascitis son bastante difíciles de exponer; en efecto, no podemos contentarnos con dividirlas en causas predisponentes y en ocasionales, porque hay condiciones orgánicas que tienen gran parte en esta etiología, y por otra parte las causas de ciertas especies son enteramente diferentes de las demás. Expondremos primeramente en general lo que puede decirse de mas exacto respecto á las *causas predisponentes* y *ocasionales*, y en seguida pasaremos á las *condiciones orgánicas*, que son mucho mas importantes.

1.° *Causas predisponentes*.—Hay una ascitis *congénita* que es una causa de muerte del feto, y de la cual la mayor parte de los tratados de partos señalan algunos ejemplos.

Es imposible indicar de un modo general la influencia que ejerce la *edad*, por lo tanto es necesario establecer distinciones. Así, pues, vemos que se presenta en la edad madura ó en la avanzada el mayor número de ascitis debidas al *infarto crónico* ó á las *lesiones orgánicas de las diversas* vísceras del abdómen, y por el contrario, aparecen en la infancia casi exclusivamente ejemplos de ascitis consecutivas á las *fiebres exantemáticas*. En cuanto al *sexo* nada sabemos de positivo, solo que las mujeres presentan á veces durante la *preñez* derrames serosos del peritoneo, sobre cuya coincidencia Olivier de Angers nos ha suministrado preciosas noticias (1).

Es imposible decir nada de positivo acerca de la influencia de la *constitucion* y del *temperamento*, porque era necesario saber qué influencia ejercen sobre las diversas afecciones orgánicas que presiden al desarrollo de la ascitis. No sucede exactamente lo mismo respecto de las *condiciones higiénicas*; pues desde los primeros tiempos de la medicina se ha observado *que los que habitan en parajes húmedos*, *mal ventilados* y están *mal alimentados* se hallan expuestos á la ascitis. Sin duda estas causas no obran hasta despues de haber desarrollado una de las condiciones orgánicas que indicaremos mas adelante: pero en último resultado no por eso desempeñan menos el papel de causas predisponentes. Tambien se podrian citar bajo este punto de vista las *fiebres intermitentes* frecuentes y prolongadas, á las que se siguen hidropesías sobre las cuales ha insistido particularmente

(1) Ollivier, *Remarques sur l'opération de la paracentèse dans l'hydropisie ascite compliquant la grossesse* (*Archives générales de médecine*, 1re série, 1824, t. VI, p. 178).

Hipócrates, y de las que volveré á hablar al tratar de las condiciones orgánicas.

2.° *Causas ocasionales.*—Son variables, segun las especies de ascitis. La ascitis que se ha llamado *aguda*, *esténica* ó *idiopática* puede ser ocasionada por una *violencia externa*, un *golpe*, una *caida* sobre el vientre, y entonces puede dársele el nombre de *traumática*. Pero esta ascitis traumática puede producirse tambien de una manera indirecta. En efecto, se han citado casos, y en el artículo dedicado á las enfermedades del bazo ya he referido uno notable, en el que la violencia externa tuvo por resultado no producir inmediatamente una secrecion abundante del peritoneo, sino determinar el *infarto crónico*, bien del hígado ó del bazo, que á su vez fué seguido mas ó menos pronto del derrame de serosidad.

Hay ciertas causas que corresponden casi exclusivamente á la ascitis esténica ó idiopática, tales como el *enfriamiento* estando el cuerpo sudando, la *supresion de cualquier flujo*, la influencia de un *arrebato de cólera*, etc.

En los enfermos *convalecientes de la escarlatina* se ve á veces sobrevenir una ascitis que presenta los caractéres de la esténica, en cuyo caso se ha dado gran importancia á la influencia de la *temperatura*.

En ciertos casos se ha visto que la ascitis se presentaba á consecuencia de *hemorragias* muy abundantes y repetidas, en cuyo caso los flujos de sangre eran evidentemente causas ocasionales.

Se han indicado otras causas ocasionales, como la *supresion de la orina*, señalada por Riverio (1), el *abuso de las bebidas acuosas*, etc., porque carecemos completamente de hechos para apreciar las aserciones de los autores antiguos sobre esta materia.

3.° *Condiciones orgánicas.* — Importa señalar desde luego una condicion orgánica general; esta es la extension del peritoneo, el número é importancia de las vísceras que cubre, el gran calibre de los vasos abdominales, la ausencia de válvulas en el sistema de la vena porta (2).

Indagaremos luego cuáles son las condiciones orgánicas en que se produce la enfermedad á que se ha dado el nombre de *ascitis idiopática*.

Ascitis idiopática.—Se han suscitado dudas sobre la existencia de esta especie.

Si se entiende por *idiopática* una enfermedad que aparece sin lesion de órgano accesible á nuestros sentidos, no se puede contestar que existe una ascitis á que se puede aplicar esta denominacion; el peritoneo, como cualquiera otra serosa, parece susceptible de una sobreactividad secretoria determinada por un medio cualquiera de

(1) Rivière, *Praxeos medicæ universæ præcepta*, lib. XI: *De hydrope*.
(2) Henri Gintrac, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, loc. cit.

irritacion simple. Cruveilhier no pone en duda esta aptitud (1), independiente de toda flegmasía ó lesiones de órganos. En efecto, la ascitis idiopática ha sido observada, aunque rara vez, por los clínicos de una gran autoridad, tales como Andral (2), Fouquier (3), Trousseau, Rilliet y Barthez, H. Gintrac, etc. Hardy y Béhier (4) la niegan completamente.

Estamos mas autorizados á poner en duda la realidad de la ascitis idiopática, que se ha calificado de asténica. Es posible que aquí se haya desconocido la alteracion de la sangre ó de algunos órganos y vasos.

Ascitis por alteracion del peritoneo.—Esta es la forma mas próxima á la precedente; está determinada con mucha frecuencia por una inflamacion peritoneal, pero de un grado mediano; sea que esta inflamacion haya sido primitiva, sea que resulte de la irritacion producida sobre la serosa por la presencia de productos morbosos diversos, granulaciones, tubérculos, tumores, etc. La ascitis es, en efecto, con bastante frecuencia la mejor señal para reconocer la peritonitis crónica, y sobre todo el cáncer del peritoneo.

Ascitis mecánica.—Es la que resulta de un obstáculo á la circulacion ó de un trastorno notable en el ejercicio de esta funcion. Hace ya mucho tiempo que se habia hecho mencion de las ascitis dependientes de una *afeccion del corazon*, y hemos visto en el tercer volúmen de esta obra que la condicion anatómica que da las mas veces orígen al derrame de serosidad en el peritoneo, es la *estrechez de los orificios*. Al hablar de las *enfermedades del hígado* he manifestado de qué manera los tumores y las degeneraciones de este órgano producen la ascitis, enfermedad que tambien pueden ocasionar los tumores de los demás órganos inmediatos á los troncos venosos.

No solamente á una causa mecánica debe atribuirse la ascitis que sobreviene en la casos de tumores desarrollados en la cavidad del peritoneo. Porque la peritonitis crónica tuberculosa ó no, el cáncer de los gánglios mesentéricos ó del epiplon, las masas cancerosas del hígado, del bazo ó de cualquier otro órgano, pueden, por su presencia y sin que la accion mecánica sobre la circulacion sea necesaria, dar lugar á la ascitis; estos casos no son raros. Se puede entonces admitir una irritacion producida por estos tumores, haciendo, por decirlo así, el papel de cuerpos extraños. En algunos casos será necesario admitir al mismo tiempo un estado caquéctico con alteracion de la sangre.

La *obliteracion de las venas* produce la ascitis, cuando existe, cualquiera que sea su causa, lo cual ha demostrado perfectamente

(1) Cruveilhier, *Anat. pathol.*, t. IV, p. 59. Paris, 1862.
(2) Andral, *Clinique médicale.* Paris, t. II, p. 671.
(3) Fouquier, *Ascite essentielle, etc.* (*Gaz. des hôp.*, 1843).
(4) Hardy et Béhier, *Traité de pathol. int.* Paris, 1853.

Bouillaud (1). Hemos visto que en una enfermedad del hígado, la *cirrosis* se manifiesta casi constantemente la ascitis, en cuyo caso parece á primera vista que no se encuentra ninguna alteracion anatómica correspondiente á la categoría que acabo de indicar; pero la estrechez de la vena porta, la compresion y la desaparicion de sus raicillas, que se han demostrado tan bien en las investigaciones modernas, nos han hecho ver que en estos casos sucede lo mismo que en los precedentes. Pudiera extender mas estas consideraciones, pero me bastará decir que cuando la sangre venosa encuentra dificultad en circular, tiende á desembarazarse de su serosidad en las partes en que se ve obligada á acumularse, y de esto proviene la ascitis igualmente que el edema. De aquí se sigue que la ascitis resulta de la obliteracion ó de la compresion de los troncos venosos abdominales, la vena porta y la vena cava. Frerichs lo ha notado veinticinco veces sobre veintiocho observaciones de obstruccion de la vena porta (2).

Ascitis por la alteracion de la sangre.—Andral y Gavarret (3), Becquerel y Rodier (4), estudiando las modificaciones de las diversas partes constituyentes de la sangre, han llegado á deducir que en las enfermedades en que no se habia reconocido sino el estado seroso de este líquido, la única condicion orgánica que podia dar orígen á la hidropesía era la *disminucion de la albúmina del suero*. Esto es lo que principalmente se observa en la *enfermedad de Bright*, en la que son tan frecuentes y tan abundantes los derrames serosos.

Las ascitis en que esta opinion no ha sido sancionada por la experiencia, son aquellas que sobrevienen en las *fiebres intermitentes*, en la *escarlatina*, en las *debilidades* producidas por una alimentacion escasa é insalubre, por habitar en un paraje mal sano, etc. Con todo eso, segun Abeille (5), la albuminuria, y por consiguiente la disminucion de albúmina de la sangre, se encontrará frecuentemente en las afecciones de esta naturaleza.

Entre las ascitis que sobrevienen á consecuencia de ciertas enfermedades, sin que haya desórden orgánico de la circulacion, es necesario citar las siguientes: en los sugetos atacados de enteritis tuberculosa ó de disentería, sobre todo en un período avanzado, en el estado crónico, no es raro hallar una ascitis. ¿Es necesario admitir allí una iritacion por vecindad de dentro ó fuera del intestino y una

(1) Bouillaud, *De l'oblitération des veines et de son influence sur la formation des hydropisies partielles, considérations sur les hydropisies passives en général* (*Archives générales de médecine*, 1er série, 1823, t. II, p. 188, et t. V, p. 94; *Traité de nosographie médicale*. Paris, 1846, t. IV, p. 140.

(2) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, 2e édit., 1866, p. 714.

(3) Andral et Gavarret, véase *Recherches sur les modifications de proportions de quelques principes du sang*. Paris, 1840.—Andral, *Essai d'hématologie*. Paris, 1843, in-8.

(4) Becquerel et Rodier, *Chimie pathologique*. Paris, 1854, p. 175.

(5) Abeille. *Traité des maladies à urines albumineuses et sucrées*. Paris, 1863.

especie de peritonitis sub-aguda, ó bien no es esto mas que una alteracion de la sangre? Una y otra opinion pueden sostenerse con mas ó menos ventaja, segun los casos. Hay un órden de enfermedades en que el estado caquéctico de una naturaleza especial obra sobre la constitucion de la sangre, cuyos elementos sólidos son modificados en su proporcion y en sus relaciones: estas enfermedades son las fiebres intermitentes con tumefaccion del bazo. Es necesario añadir la leucocitemia esplénica, caquexia que se acompaña frecuentemente de ascitis. (Véase tomo I, art. *Leucocitemia*, y tomo IV, art. *Infarto crónico del bazo.*)

§ III.—Síntomas.

Invasion.—La invasion de la ascitis varía segun sus diferentes especies. En ciertas hidropesías del peritoneo, designadas con el nombre de *esténicas* ó *por irritacion*, se observan en los primeros tiempos de la enfermedad dolores que á veces son bastante vivos, y en casos de esta especie es en los que se ha admitido que la ascitis es consecutiva á los síntomas de peritonitis. En cualesquiera otras circunstancias la acumulacion de serosidad en la cavidad abdominal se efectúa sin dolor apreciable, y esto es tan cierto, que la mayor parte de los enfermos no notan el aumento del volúmen del vientre hasta una época bastante avanzada de la enfermedad y cuando los vestidos les vienen demasiado apretados, de lo que apenas hay un médico que no haya visto algun ejemplo de este género en su práctica. Otra circunstancia que no se debe dejar de notar, es que unas veces se verifica la aparicion de la ascitis sin que haya ningun signo de hidropesía en las demás partes del cuerpo, y otras veces los miembros inferiores, y mas rara vez los superiores y la cara, presentan un edema bastante marcado antes que el líquido se acumule en la cavidad peritoneal. En fin, es preciso tener en cuenta los síntomas debidos á las diversas enfermedades que han precedido á la ascitis, porque por ellos es como ordinariamente se llega á determinar á qué afeccion es debida esta hidropesía.

Síntomas.—Hay *dolor* en ciertos casos, que no son los mas frecuentes. Este dolor, que no tiene sitio fijo en el abdómen, sino que anda vagando en los diversos puntos de su extension, no es por lo comun intenso; sin embargo, los enfermos que le padecen soportan con dificultad la *presion* en ciertos parajes, y sus movimientos son penosos.

El *aumento del volúmen del vientre* es mas ó menos rápido, segun los casos. Cuando la hidropesía es esténica ó activa, el volúmen del abdómen puede aumentarse considerablemente en pocos dias; pero en en circunstancias opuestas este desarrollo se verifica lentamente. El líquido se acumula en las partes declives, llena primero la pequeña pélvis y los vacíos, y despues, rechazando los intestinos hácia el om-

bligo, ocupa una parte considerable en la cavidad peritoneal, y entonces se manifiestan los síntomas que voy á indicar.

El *vientre* está ensanchado en la region de los vacíos, y su parte anterior deprimida, lo que le da la apariencia del vientre de los batracianos. Si á pesar de esto se acumula con mucha rapidez el líquido, no habiendo sido lentamente distendida la pared abdominal y rehaciéndose contra el esfuerzo del líquido, toma prominencia la parte mas débil del vientre, es decir, la media y anterior, el abdómen parece mas bien globuloso. La *forma aplanada* del vientre se nota muy principalmente cuando sus paredes abdominales han sido préviamente distendidas, como en los casos en que se reproduce despues de la operacion de la paracentesis. Entonces los vacíos sobresalen por ambos lados y la línea blanca está muy deprimida, hasta que la abundancia del derrame la eleva mucho. Por último, hasta las mismas costillas falsas y los cartílagos de las últimas costillas verdaderas se hallan empujadas hácia afuera por la acumulacion del líquido, cuando se halla en cantidad considerable. Entonces está muy ensanchada la base del pecho, y parece forma parte de la tumefaccion abdominal. Por lo demás, es fácil comprender que esta alteracion de la figura del vientre puede ser diferente cuando algunos tumores muy voluminosos ocupan un punto de esta cavidad.

Durante la estacion vertical, el vientre, haciendo salida hácia el hipogástrio, representa una *odre* incompletamente llena.

La *tension del abdómen* está en relacion con la rapidez del derrame y con su abundancia. En las ascitis que se han producido rápidamente el vientre está *renitente* y se deja deprimir con dificultad; al pasoque en las que se han producido lentamente no se hace notable la renitencia sino cuando el líquido es muy abundante, y aun en este caso no llega por lo general al mismo grado que en el caso precedente.

En las ascitis de curso agudo *la piel del abdómen* no presenta una alteracion muy marcada. Por el contrario, en las ascitis de curso crónico se adelgaza, se pone blanca, reluciente, y presenta en parte el estado que toma en los edemas de larga duracion, y aun con bastante frecuencia sucede que este estado de la piel tiene por causa, además de las distensiones que sufre, una infiltracion del tejido celular subcutáneo, cuya existencia se reconoce comprimiendo con el dedo. Cuando por una causa cualquiera llega á disminuir ó á desaparecer el líquido de la cavidad abdominal, la pared anterior queda flácida si ha estado antes largo tiempo distendida, y la piel presenta grietas semejantes á las que quedan en el vientre de las mujeres que han parido muchas veces.

Alguna vez se manifiesta al nivel del *ombligo* un pequeño *tumor cónico*, semitrasparente, producido por la serosidad que ha franqueado el anillo y distendido la cicatriz umbilical.

La *fluctuacion* solo es evidente cuando el líquido está acumulado

en cantidad bastante considerable. *Para percibir la fluctuacion* se debe colocar la palma de la mano sobre uno de los vacíos del enfermo, y despues con la extremidad de los dedos de la otra se golpea ligera y rápidamente sobre el vacío opuesto, y entonces se percibe bajo la mano que queda fija la sensacion de una oleada debida á la agitacion del líquido, que es lo que se llama *fluctuacion*.

Cuando la cantidad de líquido no es bastante considerable para que la fluctuacion se perciba de este modo, se debe recurrir *al procedimiento propuesto por Tarral* (1), que describe Dalmas de la manera siguiente (2): «Para percibir entonces la fluctuacion no se ha de procurar producirla de un lado al otro, sino en el pequeño espacio en donde se supone reunido el líquido, para lo cual se percutirá con el dedo índice de una mano, á dos ó tres pulgadas de la que se tiene aplicada. Tambien puede hacerse con una sola mano, percutiendo ligeramente con el índice en el punto de la pared abdominal comprendido entre el dedo medio y el pulgar.» Por este procedimiento y con un poco de hábito en valerse de él, se llega á descubrir la fluctuacion, aun cuando el líquido esté acumulado en las partes mas declives.

Miguel Levy, en el caso de derrame poco considerable, indica como signo útil buscar el *círculo ondulatorio* que recorre instantáneamente la pared abdominal, cuando es percutida bruscamente por el dedo, círculo semejante al que produce una piedra arrojada en el agua.

Percusion.—En algunos casos no se puede demostrar bien la existencia del derrrame sino por medio de la *percusion*. Si esta se hace del modo conveniente, se llega á descubrir la presencia del líquido, notándose el sonido á macizo en el paraje que aquel ocupa en la postura habitual del enfermo, y reconociendo su variacion de lugar en los diversos cambios de posicion. En efecto, si como ha indicado Piorry (3), se empieza á percutir en una parte inmediata al ombligo, se obtiene un sonido claro, debido á la presencia de los gases en los intestinos, que son como hemos dicho anteriormente, repelidos hácia esta region y el epigástrio; despues, bajando hácia los vacíos, se llega á una línea en la que el sonido, sin ser completamente á macizo, es oscuro, que es la línea del nivel del líquido; y en fin, á medida que se desciende, el sonido á macizo se hace más completo.

Si en seguida se hace echar al enfermo de lado y se percute en el lado opuesto, se ve que el sonido á macizo se halla allí reemplazado por una sonoridad notable, porque obedeciendo el líquido á la gravedad, baja al vacío que está mas en declive, y levantando la

(1) Tarral, *Recherches propres à éclairer le diagnostic de diverses maladies* (*Journal hebdomadaire de médecine*, Paris 1830, t. VII, p. 97).
(2) Dalmas *loc. cit.* p. 204.
(3) *De la percuss. médiate;* Paris, 1828.—*Traité de diagnostic. et semeiologie;* Paris, 1837, 3 vol. en 8.°

masa intestinal la lleva hácia el vacío opuesto; además, percutiendo este último punto, se ve que el nivel del líquido se ha elevado en él notablemente á consecuencia de reunirse la sonoridad que ocupaba anteriormente el otro vacío. Estos experimentos se pueden variar de diversas maneras, y teniendo cuidado de marcar en la piel la línea del nivel del líquido, se llegan á obtener resultados muy exactos.

Para trazar exactamente esta línea de nivel, es preciso apoyar ligeramente el dedo sobre lo que se percute; se hará presion al contrario con cierta fuerza en los derrames considerables, cuando se quiera hallar el sitio ocupado por los intestinos. La percusion no debe jamás omitirse. Este modo de exploracion indica el principio de la ascitis, y permite seguir sus progresos.

En semejante caso importa mucho que la percusion sea mediata pero es muy raro que la interposicion del dedo no sea suficiente para lograr un resultado bien preciso, pues únicamente podria oponerse á ello una gran flacidez de las paredes del abdómen.

En ciertos sugetos se producen modificaciones notables en la *circulacion venosa abdominal*. En efecto, Reynaud (1) ha señalado de una manera mas exacta, de lo que se habia hecho hasta él, el desarrollo muy notable de las venas que serpentean en las paredes abdominales, las cuales se manifiestan bajo la forma de gruesos cordones azulados, habiéndose algunas veces duplicado y aun triplicado su volúmen. Resulta de las investigaciones de Reynaud que este estado es sobre todo notable cuando la circulacion está dificultada en la vena porta; y segun este autor, la dilatacion de las venas indica los esfuerzos del organismo para establecer una circulacion venosa supletoria. Sappey (2) y Ch. Robin (3) han tratado este punto y precisado el mecanismo, segun el cual se establece la circulacion colateral: la sangre, que no puede penetrar en el hígado, pasa á una pequeña vena porta accesoria, sub-peritoneal, que sigue el cordon fibroso de la vena umbilical obliterada; de allí vuelve por las venas epigástricas y tegumentarias abdominales, de arriba hácia abajo, á la vena principal del miembro inferior. Es incontestable que el estorbo primitivo ó consecutivo, que permite la circulacion de la vena cava, contribuye aún á la dilatacion del sistema venoso tegumentario. Frerichs ha notado que era tanto mas pronunciada cuanto la vena porta y la vena cava estaban obstruidas.

Por parte de la *respiracion* no se observan síntomas bien manifies-

(1) Reynaud, *Des obstacles à la circulation du sang dans le tronc de la veine porte, et de leurs effétes anatomiques et pathologiques (Journal hebd. de méd.*, 1829, t. IV, p. 137), et *Oblitération de la veine cave et d'une partie de la veine porte. Circulation veineuse collatérale* (même journal, 1829, t. V, p. 173).

(2) Sappey, *Mémoire sur un point d'anatomie pathologique relatif à l'histoire de la cirrhose (Mém. de l'Acad. de méd.* 1859, t. XXIII).

(3) Ch. Robin, *Rappor sur le mém. de Sappey (Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 31 Mayo, 1859, t. XXIV, p. 943).

tos sino cuando es muy considerable la acumulacion del líquido; entonces, siendo repelido el diafragma hácia la cavidad pectoral, se observa una dísnea mas ó menos marcada. Esta dísnea se manifiesta principalmente en el decúbito dorsal, porque entonces la mitad posterior del diafragma se hace una de las partes mas declives; así pues, los enfermos se ven obligados á estar casi sentados en sus camas.

La *circulacion general* nada presenta de notable, á no ser que la enfermedad, bajo cuya influencia se ha producido la ascitis, no dé lugar á un movimiento febril, ó que hallándose muy adelantada la afeccion esté muy cercana la muerte. Tambien se ha observado que en general el *pulso* está mas bien lento que acelerado.

En todo tiempo se ha dado gran importancia al exámen de la *orina* en el curso de la hidropesía ascitis. En general las orinas son raras en corta cantidad, muy coloradas y cargadas de abundantes sedimentos, otras veces pálidas, anémicas. Puede suceder que la miccion sea difícil por el edema del prepucio. Véase *Enfermedades del hígado* y *Enfermedad de Bright* la descripcion de la orina en estos diversos estados morbosos.

En las *vias digestivas* se observan necesariamente síntomas muy diversos, segun los casos; pero en general podemos decir que las *digestiones* son penosas, que á veces se observan náuseas, vómitos y alternativas de diarrea y de estreñimiento; que el *apetito* está alterado y es caprichoso, y en una palabra, que hay siempre trastornos digestivos bastante marcados, lo que puede ser debido tanto á la enfermedad primitiva como á la dificultad que experimenta el conducto digestivo para desempeñar sus funciones á causa de su compresion y dislocacion.

La *sed* es algunas veces viva, pero las mas no está aumentada, á no ser que el enfermo haya llegado al último grado de la enfermedad; pues la pretendida sed insaciable de los hidrópicos es un error que han propagado ciertas teorías médicas.

En el *sistema nervioso* se advierte una debilidad notable que va siempre en aumento, y que es ordinariamente debida, tanto á los progresos de la enfermedad primitiva, como á los de la ascitis. A veces se notan *lipotimias*, *síncopes*, *abatimiento* y *sopor*; pero estos fenómenos se manifiestan principalmente en una época próxima á la muerte.

Progresando sin cesar la *demacracion* en las ascitis crónicas, resulta que en cierta época de la enfermedad se observa el mas notable contraste entre el desarrollo del abdómen y la delgadez de las demás partes del cuerpo. Este contraste se nota principalmente en las extremidades cuando no están infiltradas de serosidad; pero esto sucede muy frecuentemente, sobre todo en las extremidades que en muchas afecciones, y sobre todo en las del corazon, están edematosas, antes que se acumule el líquido en el peritoneo.

La *piel* llama la atencion por su aridez y su aspecto térreo en to-

dos los puntos en que no hay edema. Algunas veces presenta equímosis y manchas parduscas.

Cuando se acerca la terminacion fatal se trastornan cada vez mas las digestiones, el pulso se pone pequeño, contraido y acelerado, y entonces es principalmente cuando es mas marcada la debilidad, cuando hacen progresos el sopor y la opresion, y cuando se observan las lipotimias y los síncopes, hasta que por último sucumben los enfermos despues de una agonía mas ó menos larga.

Hay un accidente que merece mencionarse, y es la *rotura de la pared abdominal* á consecuencia de su distension y de su extremado adelgazamiento. Entonces se forma una grieta que ocupa principalmente la línea blanca y aun el ombligo, sobre todo en el caso de hernia umbilical, y el líquido fluye por ella contínuamente. Collomb (1) y Croskery (2) han referido ejemplos. Sucede que el líquido se escapa por el escroto en los casos de hidrocele congénita ó de hernia inguinal; otras veces á través de una comunicacion establecida con un punto del intestino grueso ó del intestino delgado. Esta rotura no produce ordinariamente otro efecto que el de suspender los signos de sufocacion; pero en nada varía el curso de la enfermedad. Sin embargo, se han citado algunos casos en que, no solo se han remitido los principales síntomas, sino que tambien se ha verificado la curacion. Tambien se ha visto, despues de la *paracentesis*, quedarse abierta la herida hecha por la puncion, lo que constituye un caso análogo. Algunas veces, cuando llega á ser muy considerable el edema de las extremidades inferiores, se forman grietas en las piernas, y por allí fluye la serosidad, y habiendo producido á veces los buenos resultados que acabo de indicar, se ha tratado de imitar esta rotura por medio de incisiones.

El doctor Hulcis (3) ha citado un caso en el que *al quinto acceso de una fiebre intermitente se disipó* una ascitis independiente de toda alteracion orgánica. Durante el período álgido habia una diuresis sumamente considerable, á la que se debe atribuir la desaparicion de la ascitis. Por lo tanto, si se llegase á presentar semejante caso, convendria no apresurarse á cortar la fiebre, sino esperar á que hubiese desaparecido completamente la hidropesía. Un enfermo de Barth (4), atacado de ascitis, es acometido de fiebre tofoidea; durante esta fiebre, la coleccion serosa desapareció, y no ha vuelto á aparecer mas.

(1) Collomb, *Evacuation spontanée du liquide ascitique par l'ombilic (Union médicale*, 1847: Soc. méd. du Temple, p. 408).

(2) Croskery, *Ascite, etc.*; *rupture spontanée des parois du ventre dans un point situé entre l'ombilic et le pubis (Bulletin de thérapeutique*, 1860, t. LIX, p. 182).

(3) Hulcis, *Anales* et *Bulletin de la Société de médecine de Gand*, Marzo, 1847.

(4) Barth, *Ascite guérie à la suite d'une fieore typhoïde (Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, Diciembre, 1852).

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de la ascitis es muy diferente, segun los casos. Cuando presenta los caractéres que le han hecho dar los nombres de *esténica* ó *activa*, su curso puede ser muy rápido, el derrame se forma prontamente y puede disiparse lo mismo. Sin embargo, la reabsorcion es mucho mas lenta que la acumulacion, excepto en algunos casos en que se ha visto que una ascitis que existia hacia ya bastante tiempo, se disipó en pocos dias á consecuencia de flujos considerables. Cuando hay una *lesion orgánica* ó una *alteracion de la sangre*, sucede frecuentemente que el derrame de serosidad que se forma lentamente no se reabsorbe ya; sin embargo, esta no es una regla sin excepcion, pues en las *enfermedades del corazon* se ha visto en algunas ocasiones que se forma y se disipa varias veces la ascitis, y lo mismo puede suceder, como observarémos mas adelante, en la ascitis dependiente de la *enfermedad de Bright*. Hay enfermos que prolongan su existencia por punciones repetidas de mes en mes, y algunos terminan por la curacion, testigo la mujer presentada á la Academia de Medicina en 1842 por Canu (de Yvetot), la cual habiendo sido ascítica durante quince años, curó despues de haber sufrido 886 punciones (1).

La ascitis, por una especie de metastásis puede dar lugar á otra hidropesía, por ejemplo, á la hidrocefalia, ó aun á una irritacion flegmásica del cerebro, como lo ha observado Becquerel (2). Tambien se la ve juzgarse por flujos diversos y evacuaciones abundantes, modo de *curacion expontánea*, sobre el cual Mondiere (3) ha publicado una Memoria importante. Segun las investigaciones de este escritor, estas crísis pueden tener lugar por las orinas, los vómitos, las deposiciones, los sudores, la salivacion, por un flujo vaginal, por secreciones en la superficie de una úlcera, ó en fin, por muchas evacuaciones simultáneas.

Es raro que la *terminacion* funesta se pueda atribuir únicamente á la ascitis, pues esta terminacion, que es la mas frecuente, es el resultado de los progresos de la enfermedad orgánica, de la que la ascitis no es mas que una consecuencia. Sin embargo, es preciso reconocer que dificultando el derrame peritoneal, las funciones de los órganos torácicos y abdominales, tiende á acelerar esta terminacion mortal, sucediendo esto principalmente cuando el derrame es muy abundante. No es tampoco muy raro ver que algunas ascitis terminan por la curacion, siendo las que están en condiciones mas favorables

(1) Canu, *Ascite guérie aprés seize ons de durée et 886 ponctions (Bull. de l'Acad. de méd.*, 1842, t. VIII, p. 77).

(2) Becquerel, *Ascite disparue subitement en méme temps qu'éclate un délire furieux (Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, Junio, 1854).

(3) Mondière, *Rech. sur la guérison spontanée de l'ascite et de l'anasarque* (journal *l'Expérience*, 1841, t. VII, p. 417).

para obtener este resultado la ascitis activa ó por irritacion, la que se sigue á la escarlatina, y las que son consecutivas á un empobrecimiento de la sangre.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Dejamos á un lado las lesiones que pertenecen á la enfermedad que ha dado orígen á la ascitis.

En los casos en que ha existido una hidropesía activa, y en los que ha sucumbido prontamente el enfermo, no se encuentra otra cosa que una acumulacion mas ó menos considerable de una serosidad cetrina, presentándose, por lo demás, el peritoneo con los caractéres normales. Pero cuando la afeccion es antigua, lo que es mas frecuente, se nota la blancura, el engrosamiento y la capacidad de la membrana peritoneal, lo que es una especie de maceracion que ha sido indicada principalmente por Bouillaud. Algunas veces tambien presenta esta membrana unas placas lechosas, y en algunos puntos un corto número de adherencias que no pertenecen á la afeccion que tratamos, ó que son el resultado de una complicacion inflamatoria. En algunas ocasiones se ha encontrado una capa albuminosa delgada en el peritoneo. Comparando este hecho con el resultado de las investigaciones de Delaharpe (1), se puede considerar á esta capa como un simple depósito de la materia albuminosa contenida en el líquido derramado. En la ascitis sintomática de una enfermedad del peritoneo, esta membrana presenta señales de flegmasía simple, ó de alteraciones específicas, granulaciones, tubérculos, etc.

La cantidad de líquido contenida en el peritoneo es muy diversa, segun los casos.

En algunos sugetos cuyo vientre estaba extraordinariamente dilatado, se han encontrado hasta 50 y aun 100 kilógramos (de 100 á 200 libras) de serosidad; pero por lo regular esta cantidad es mucho menos considerable. No varían menos las cualidades del líquido. A veces se encuentra solo una serosidad clara mas ó menos descolorida ó teñida de amarillo, en la que á veces se ven nadar copos albuminosos mas ó menos abundantes; y en fin, en otras ocasiones el líquido es espeso, de un color que varía del amarillo al rojo y al pardo. El olor que por lo regular tiene este líquido es simplemente fastidioso, algunas veces nauseabundo, y en fin, en ciertas ocasiones tiene una fetidez muy marcada; en este último caso existe las mas veces una lesion de los órganos que ha comunicado el olor á la serosidad. Sin embargo, algunas veces basta que se haya hecho antes la paracentesis para que el líquido, que no tenia olor ó que era casi inodoro al principio, adquiera en seguida una marcada fetidez. El líquido ascítico se coagula por el ácido nítrico y el calor como el suero de la san-

(1) Delaharpe, *De la présence de la fibrine dans la sérosité extraite du péritoine* (*Arch. gén. de méd.*, 3.ª série, 1842, t. XIV, p. 174).

gre. Félix Gannal (1), utilizando las indicaciones de Robin, ha demostrado que este líquido contiene, además de una cierta cantidad de albúmina, una sustancia albuminoide un poco diferente, que él ha llamado *hidropisina*, y que tiene por carácter el estar retenida por el sulfato de magnesia, sin ser coagulada por él.

Se observa en la pared abdominal el adelgazamiento de los músculos, la distension de la aponeurosis, la separacion de sus fibras, las rasgaduras de la piel, y á veces una dilatacion de los anillos fibrosos, que es causa de que se formen por ellos diversas hernias.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Al hacer la descripcion de los síntomas propios de la ascitis, he establecido el diagnóstico positivo de esta afeccion, por lo cual me limitaré á presentar su *diagnóstico diferencial*, igualmente que el *diagnóstico de las causas orgánicas* que la producen.

Una afeccion que se puede confundir fácilmente y que se ha confundido por mucho tiempo con la ascitis es la *hidropesía enquistada de los ovarios*. El medio de distinguir ambos derrames es el siguiente: Ya hemos visto que en la ascitis (y desde 1826 Rostan habia insistido en estos caractéres) existe un sonido timpanítico en un espacio comprendido entre el epigástrio y una línea curva que partiendo de cierto punto del borde de las costillas falsas, se dirige mas ó menos arriba hácia la parte anterior del abdómen, llegando algunas veces á elevarse encima del ombligo. Además, si se hace variar la posicion del enfermo, el nivel del líquido varía con ella. Por el contrario en la hidropesía enquistada, hallándose empujados los intestinos de un lado al otro, se percibe la fluctuacion hasta en la parte media y superior del abdómen, al paso que el sonido timpanítico se encuentra en el lado opuesto; si se hace variar de posicion al enfermo todo continúa en el mismo estado. Por último, como en la hidropesía enquistada del ovario las paredes del quiste tienen siempre un espesor bastante considerable, el sonido á macizo es mayor en ella que en el derrame peritoneal. Además, si se interroga con cuidado á la enferma se llega á descubrir que ha empezado la enfermedad por un tumor al principio poco voluminoso y circunscrito en una de las fosas ilíacas. Es muy raro que estos signos diferenciales no basten para desvanecer todas las dudas.

Circunstancias excepcionales de desarrollo del quiste, el regolfamiento de los intestinos, pueden, sin embargo, dar lugar á la incertidumbre. Los autores ingleses recomiendan entonces la percusion lumbar, estando la enferma sentada; en la ascitis se halla en los dos lados una matidez semejante; cuando hay un quiste del ovario, hay matidez del lado del quiste, sonoridad del otro.

(1) F. Gannal, *De l'hydropisine, nouvelle matière albuminoïde confondue avec l'albumine (Mém. de la Soc. de biologie,* 1857, p. 199).

Será bueno, en todos los casos, tener en cuenta la reflexion de Velpeau: «Cuando la salud de una mujer afectada largo tiempo de hidropesía abdominal se conserva buena, se trata casi siempre de una hidropesía del ovario.»

Las mismas consideraciones se aplican á la *hidropesía enquistada del peritoneo.*

Tambien se ha citado como una causa que podia dar lugar á errores de diagnóstico la acumulacion de agua en la cavidad uterina ó *hidrómetra.* Para evitar estos errores seria necesario tener en consideracion los resultados de la palpacion y de la percusion, así como el trastorno de las funciones del útero y el exámen por el tacto vaginal y rectal. En la hidrómetra incipiente se encuentra un tumor que ocupa solamente la parte media del hipogástrio, y que da un sonido á macizo en una estension de figura convexa superior, al paso que el sonido á macizo de la ascitis está precisamente en direccion inversa; además de esto las fosas ilíacas permanecen sonoras, aun cuando este sonido á macizo sube muchos traveses de dedo sobre el púbis, y este carácter, si se comprueba bien, basta por sí solo para formar el diagnóstico. Cuando la enfermedad está mas avanzada, la matriz puede hallarse bastante desarrollada para que estos signos diagnósticos no aparezcan tan claramente; sin embargo, con alguna atencion se los descubre todavía, y además se observa que están suprimidos los ménstruos, y que se halla mas ó menos borrado el cuello de la matriz; por último, por medio del tacto rectal se distingue la distension considerable y la pesadez del cuerpo de este órgano.

Parece difícil tomar por una ascitis una simple *preñez uterina*; sin embargo, esto ha sucedido, y no se puede dudar que algunas veces presenta el diagnóstico ciertas dificultades. En semejante caso se recurrirá para formarle á los mismos signos físicos que acabo de indicar para la hidrómetra, y además se reconocerá por la auscultacion el ruido placentario y los latidos dobles del corazon del feto, y por la exploracion del útero, los movimientos pasivos que se pueden comunicar al feto ó el traqueteo que no dejará la menor duda acerca de la existencia de la preñez.

Algunas veces se ha tomado por una hidropesía ascitis una simple *retencion de orina*, pero casi basta mencionar la posibilidad de esta equivocacion para evitarla: no obstante indicaré un medio bien sencillo, que consiste en el cateterismo. No haremos mas que indicar el diagnóstico de la ascitis con la *timpanitis* y el *edema* de las paredes abdominales.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° *Signos distintivos de la ascitis y de la hidropesía enquistada de los ovarios.*

ASCITIS.	HIDROPESÍA ENQUISTADA DE LOS OVARIOS.
Abdómen mas ó menos *aplanado.*	Abdómen á veces *irregular* y *generalmente globoso.*
Sonido timpanítico en un *espacio comprendido entre* una línea que circunscribia *el ombligo y el epigástrio.*	Sonido timpanítico *en el lado* del vientre *opuesto al del ovario enfermo.*
Sonido á macizo *tanto mayor cuanto mas* se aleja de este espacio y mas se aproxima á partes declives.	Sonido á macizo *mas considerable* y *casi igual* en toda la estension del quiste.
Variacion de las relaciones de la sonoridad y del sonido á macizo cuando se *hace mudar de posicion al enfermo.*	*No hay variacion de las relaciones* entre el sonido á macizo y la sonoridad *en las mudanzas de posicion del enfermo.*
Fluctuacion generalmente *mas fácil.*	Fluctuacion generalmente *mas difícil.*
Matidez de los dos lados en la region lumbar.	*Matidez de un solo lado* en la region lumbar.
Salud alterada despues de algun tiempo al menos.	*Salud, buena.*

2.° *Signos distintivos de la ascitis y de la hidrómetra.*

ASCITIS.	HIDRÓMETRA.
Sonido á macizo que se percibe en una extension de *concavidad superior* alrededor del ombligo.	Sonido á macizo que se nota en una extension de *convexidad superior.*
Al principio los *vacíos* y las *fosas iliacas dan un sonido á macizo,* pero el hipogástrio conserva su sonoridad.	Al principio los *vacíos* y *las fosas iliacas dan un sonido claro,* pero el hipogástrio á macizo.
Pueden *persistir* los ménstruos.	Los ménstruos se *suprimen.*
El cuello de la matriz continúa en el *estado normal.*	*Se borra* el cuello del útero.
Por el tacto practicado por el recto se reconoce que *el cuerpo del útero se halla en el estado normal.*	Por el tacto por el recto se reconoce que el *cuerpo del útero ha aumentado de volúmen.*

3.° *Signos distintivos de la ascitis y de la preñez.*

ASCITIS.	PREÑEZ.
Además de los signos precedentes:	Además de los signos precedentes:
Falta del ruido placentario y de los *latidos dobles* del corazon del feto.	Existe el *ruido placentario* y los *latidos dobles* del corazon del feto.
No se pueden percibir los movimientos pasivos del feto.	*Se observan los movimientos pasivos del feto.*

Ahora nos resta averiguar cuáles son los signos que sirven para determinar las condiciones orgánicas bajo cuya influencia se produce la ascitis.

Si examinamos primero la ascitis *activa*, *esténica*, vemos que es muchas veces difícil demostrar su existencia, á lo menos si por estas denominaciones se quiere entender un derrame de serosidad debido únicamente á un aumento de actividad de las funciones secretorias del peritoneo. Sin embargo, nos veremos inclinados á admitir que todo ha sucedido así cuando á consecuencia de una violencia externa, de diversos cambios de temperatura y de la ingestion del agua fria, se llega á desarrollar la ascitis con cierto acompañamiento de síntomas inflamatorios, tales como la frecuencia del pulso, el dolor de vientre, el calor, etc.

Por lo general es muy fácil reconocer que la ascitis es la *consecuencia de un exantema* que ha desaparecido mas ó menos completamente. En efecto, siendo conocidas de todos estas enfermedades, y teniendo caractéres exteriores bien marcados, casi nunca pasan desapercibidas. Pero hay casos en que la erupcion ha sido poco abundante é irregular, y aun ha faltado completamente, entonces se debe informar el médico de todos los antecedentes del enfermo, y examinar con cuidado todas las partes del cuerpo. Si llega á saber que antes de la aparicion de la ascitis ha existido una fiebre intensa con dolor de garganta, se debe sospechar que ha habido una escarlatina, que como todos saben, es la afeccion cutánea en cuya convalecencia se produce con mas frecuencia esta hidropesía, y no le quedará ninguna duda si en los diversos puntos del cuerpo, y sobre todo en medio de las articulaciones, encuentra la descamacion propia del exantema.

En el mayor número de casos no es difícil conocer cuál es la *lesion orgánica* que produce la ascitis. Sin embargo, hay algunos casos en que se pueden presentar grandes dificultades.

En las *enfermedades del corazon* las extremidades inferiores son, como hemos manifestado, las primeras que se afectan, debiendo recordar además que las afecciones de este órgano en que la hidropesía llega hasta el punto de que se forme una ascitis, son las estrecheces de los orificios, y mas rara vez la simple hipertrofia. Pero estas afecciones presentan signos locales que seria inútil reproducir aquí, pero que el práctico debe tener siempre presente (1).

La ascitis que es debida á la *obliteracion de la vena cava*, está igualmente precedida dé una infiltracion de los miembros inferiores, pero faltan los síntomas locales de padecimiento del corazon que acabo de recordar, á no ser que haya complicacion; y además de que como casi siempre la vena cava se halla obliterada por tumores voluminosos, se tienen para confirmar el diagnóstico los signos que estos nos suministran.

(1) Véase t. III, *Enfermedades del corazon.*

No obrando por lo comun las *enfermedades del hígado* que producen la ascitis sino sobre las extremidades hepáticas de la vena porta, resulta de aquí que solo se halla dificultada la circulacion venosa abdominal, y que la ascitis se manifiesta antes que haya aparecido ningun signo de hidropesía en otro punto del cuerpo. Sin embargo, algunas veces se puede encontrar comprimida la vena cava por desarrollarse tumores voluminosos, y entonces hay una complicacion que aumenta la oscuridad del diagnóstico. El desarrollo muy considerable de las venas abdominales es como hemos visto un resultado de las enfermedades del hígado que obliteran mas ó menos las ramificaciones de la vena porta, y por consiguiente un signo útil para el diagnóstico.

No considerando aquí la cuestion sino bajo el punto de vista general, no debo ocuparme de averiguar cuáles son los signos por los cuales se conoce que la ascitis es debida á tal ó cual enfermedad del hígado; así, pues, me limitaré á remitir al lector á las descripciones contenidas en la primera parte de este volúmen.

La ascitis que es debida á la *enfermedad de Bright* va frecuentemente precedida del edema de diversas partes del cuerpo. Cuando así sucede, apenas se puede dudar de la existencia de la alteracion particular de los riñones que caracteriza á esta enfermedad; pero si no se hallase este signo, se encontraria otro que desvaneceria todas las dificultades en la presencia de la albúmina en la orina.

Finalmente, se conocerán las hidropesías debidas al *empobrecimiento de la sangre* en el estado de languidez de los enfermos, en las malas condiciones higiénicas en que se habrán encontrado, en las pérdidas abundantes y multiplicadas de sangre que habrán experimentado, en los ruidos de fuelle en los vasos, y sobre todo en la falta de las condiciones orgánicas que se acaban de mencionar.

Pronóstico.—Despues de lo que he dicho de la *terminacion*, pocas palabras bastan para hacer el pronóstico. La especie de ascitis menos grave es la *llamada esténica*; viene despues la *ascitis por empobrecimiento de la sangre;* y por último, la de mas gravedad es la que resulta de un *obstáculo mecánico* á la circulacion.

§ VII.—Tratamiento.

Emisiones sanguíneas.—Apenas se usan las emisiones sanguíneas sino cuando la ascitis ha empezado por síntomas agudos y en la ascitis traumática; tales son las *hidropesías por irritacion*, señaladas principalmente por Broussais y Boisseau. Si hay excitacion general, dureza en el pulso algun tanto marcada y calor en la piel, no se debe vacilar en practicar la *sangría general*, y en repetirla si parece exigirlo el caso. Cuando son vivos los dolores de vientre, entonces se recurre particularmente á las *sanguijuelas* aplicadas al abdómen ó al ano, que se pueden sustituir por *ventosas escarificadas*. Hemos

observado un caso en que la disminucion del líquido siguió á la aplicacion de ventosas escarificadas sobre el abdómen; algunos dias despues, nueva aplicacion de ventosas, nueva disminucion del líquido, y por último, desaparicion completa.

Diuréticos.—No hay ninguna especie de ascitis que no sea tratada por los diuréticos. Por lo comun se dan interiormente estos medicamentos, pero tambien se han aplicado al exterior.

1.° *Diuréticos dados interiormente.*—Hace ya muchos años que se ha administrado la *escila* bajo diferentes formas en las diversas hidropesías, sin exceptuar la ascitis. Se emplea el POLVO, 10 á 40 centígramos; LA TINTURA, 1 á 4 gramos; el VINO DE ESCILA. La preparacion que mas conviene es el *ogimiel escilítico* (vinagre escilítico una parte, miel dos partes), que se da á la dósis de 10 á 30 gramos (2 $^1/_2$ dracma á una onza) en dos ó cuatro cuartillos de tisana. El doctor Demangeon (1) aconsejaba dar simultáneamente la escila con los calomelanos en las *ascitis por afeccion del hígado.*

La *digital* es un medicamento que se ha usado aun con mayor frecuencia, y se pudiera citar gran número de autores que desde Brastrup (2) le han administrado bajo las formas mas diversas. Esta sustancia obra, no solo como diurética, sino como sedante de la circulacion; así, pues, se la ha prescrito mas particularmente en los casos de *ascitis por afeccion del corazon.* En el *Formulario* de Foy se encuentra la tisana siguiente:

R. Digital fresca......... 8 gram. | Azúcar blanca.............. 16 gram.
Tritúrense juntas y se vierte en

Agua hirviendo.................................. 1000 gram.
Cuélese y añádase:

Jarabe simple.................................. 64 gram.
Se toma á tazas pequeñas durante el dia.

Tambien se da este medicamento en *polvo á la dósis de* 10 *á* 40 *y* 50 *centígramos* (2 á 8 y 10 granos), aumentando gradualmente y con mucha precaucion en el adulto, y á la de 1 *á* 10 *centígramos* ($^1/_2$ á 3 granos) en los niños. Tambien se le hace entrar en muchas preparaciones, de las cuales indicaré algunas mas adelante.

Entre los medicamentos usados contra la ascitis hay uno que se ha elogiado muy particularmente, y es la *raiz de cainca.* Segun Francois y Caventou, el principio activo de esta raiz es eminentemente diurético, y la diuresis aumenta á medida que se continúa su

(1) *Rec. périod. de la Societé de médecine de Paris,* año XIV.
(2) Brastrup, *Act. rec. Soc. med.* Havn., 1791.

administracion. Fouquier prescribe este medicamento de la manera siguiente:

R. Polvo de cainca..... 4 gram. | Jarabe de miel.............. C. S.
Goma en polvo..... 1,50 gram. |

Para hacer un electuario. Se toma esta dósis una ó dos veces al dia.

Tambien se da el *vino de cainca* preparado del modo siguiente:

R. Cainca............... 30 gram. | Vino de Málaga.......... 500 gram.

Se hace macerar durante ocho dias, se filtra y se toma de cinco á diez cucharadas y mas durante el dia.

Tambien se usan con mucha frecuencia las *yemas de abeto*, que se dan principalmente en tisana. La siguiente tisana en la que entra el *nitrato de potasa* se usa bastante.

R. Yemas de abeto................................. 10 gram.

Infúndase en

Agua....... .... 1000 gram.

Cuélese y añádase

Vino blanco....... 250 gram. | Nitrato de potasa.......... 1 gram.

La urea (Laennec) ó el nitrato de urea ha sido empleado por Mauthner (de Vienne): nada se puede concluir de sus experimentos.

El doctor Mazade (1) ha referido casos de curacion por el *nitrato de potasa* á la dósis de 8 á 16 gramos (de 2 dracmas á $^1/_2$ onza) en solucion. Aun se puede elevar esta dósis á condicion de que no llegue á purgar. Es el mas simple y el mas usado de los diuréticos.

El doctor Forget, de Strasburgo (2) ha citado un caso de ascitis consecutiva á una peritonitis, que despues de haberse resistido á los purgantes y diuréticos de todas especies se disipó por el *acetato de potasa* administrado de la manera siguiente:

R. Acetato de potasa.... 15 gram. | Jarabe.................... 20 gram.
Agua............... 150 gram. |

Se toma en el dia.

La accion de este medicamento fué secundada con fricciones con la tintura de escila y de digital sobre el abdómen, y por la infusion de enebro para bebida usual.

Todavía pudiera citar gran número de diuréticos, tales como el

(1 Mazade, *Du nitrate de potasse à haute dose dans le traitement de l'hydropisie (Bulletin général de thérapeutique*, Marzo, 1847, t. XXVII, p. 193).

(2) Forget (de Strasbourg), *Gazette médicale de Strasbourg*, Abril, 1846.—*Principes de thérapeutique générale et spéciale*. Paris, 1860.

extracto de espárragos, el jarabe de *puntas de espárragos*, etc.; pero basta indicarlas para hallar fácilmente su aplicacion. Mas bien creemos preferible dar la fórmula de algunos *medicamentos diuréticos compuestos*, cuya administracion se ha reconocido como muy ventajosa.

Vino diurético inglés.

R. Canela en polvo.... 12 gram.	Escamas secas de escila......	aa 4 gram.
Raiz de cedoaria..... 8 gram.	Ruibarbo en polvo..........	
Carbonato de potasa. 6 gram.	Bayas de enebro machacadas.	

Macérese en un litro (2 cuartillos) de vino blanco añejo y fíltrese. Se dan tres ó cuatro vasos al dia.

Pocion diurética.

R. Digital fresca.................................... 4 gram.

Infúndase en

Agua.. 125 gram.

Cuélese y añádase

Ogimiel escilítico.... 16 gram. | Jarabe de éter.............. 32 gram

Se toma á cucharadas durante el dia.

El doctor Richter (1) recomienda la fórmula siguiente:

R. Ogimiel escilítico.	aa 120 gram.	Acetato de potasa... .... 15 gram.
Agua destilada de flor de sauco....		

Mézclese. Se da una ó dos cucharadas tres veces al dia.

El doctor Teissier de Lyon (2) ha referido un caso de ascitis con albuminuria curada por el uso del vino *escilítico laudanizado*, cuya preparacion es como sigue:

«Se toma, dice este autor, medio litro (un cuartillo) de vino blanco seco comun; se hacen macerar en frio durante doce horas en este vino blanco, 8 gramos (2 dracmas) de polvo de escila recientemente pulverizada: al cabo de este tiempo se filtra el vino blanco, ó bien se le cuela al través de un lienzo muy fino, y se añaden 60 gotas de láudano de Sydenham. Yo prefiero el vino blanco comun al vino generoso de España, con el cual se hace el vino escilítico de la farmacopea francesa. El estómago lleva mejor el vino blanco comun, además de que es por sí mismo un buen diurético. Es cierto que el

(1) Richter, *Specielle Therapie*.
(2) Teissier (de Lyon), *Du traitement de l'hydropisie et de l'anasarque par les préparations de scille.—Avantages de la combinaison de laudanum avec le vin scillitique (Bulletin général de thérapeutique*, Agosto, 1847, t. XXXIII, p. 97 et suiv).

vino de España se conserva mejor, pero esto importa muy poco, pues basta no preparar mas que una pequeña cantidad á la vez del medicamento para que no llegue á descomponerse. Tampoco es necesario conservarle en las oficinas, puesto que puede hacerse su preparacion en algunas horas.

»Cuando se trata de personas que tienen el estómago ó los intestinos fácilmente irritables, se puede disminuir la dósis de polvo de escila y reducirla á 4 gramos (1 dracma). A esta dósis se produce el efecto diurético de una manera sensible. Hé aquí la fórmula:

R. Vino blanco........	1 cuartillo.	Láudano...............	40 á 60 gotas.
Polvo de escila......	4 á 8 gram.		

»Se empieza por administrar dos veces al dia una cucharada de este medicamento, á saber, una por la mañana en ayunas y otra por la tarde tres horas despues de haber comido. Cada cucharada debe tomarse en un vaso de agua pura ó azucarada. Si el estómago lleva bien el medicamento, se puede al cabo de algunos dias elevar la dósis á tres ó cuatro cucharadas al dia. Ordinariamente empieza á producir el efecto diurético desde el segundo ó tercer dia.»

2.° *Diuréticos aplicados exteriormente.*—Se ha ensayado, y algunas veces con buen éxito, aplicar simplemente diuréticos sobre el abdómen bajo la forma de *fomentos* ó de *fricciones*. Trousseau y Chrestien han citado algunos hechos interesantes en apoyo de esta medicacion, y lo que ha habido de mas notable en los casos que han referido, es que á pesar de la desaparicion ó de la disminucion de la ascitis, no siempre ha habido aumento en la cantidad de orina. Trousseau aconseja usarlos del modo siguiente:

R. Tintura etérea de digital..	aa 60 gram.	Agua.............	180 gram.
Tintura etérea de escila...			

Se empapa un pedazo de franela, y se aplica sobre el vientre, cubriendo todo con un pedazo de hule.

Chrestien elogia las fricciones con el líquido siguiente (1):

R. Digital purpúrea......	30 gram.	Alcohol...................	90 gram.

Con esta tintura se hacen fricciones con un pedazo de franela.

Purgantes.—Se han dado los medicamentos de este género para promover ó favorecer las escreciones intestinales abundantes, que mas arriba hemos visto constituyen las crísis por evacuaciones de vientre.

En primer lugar mencionaré la infusion de la *segunda corteza de sauco*, que ha sido alabada por Sydenham como uno de los mas poderosos hidragogos. Boerhaave la habia tributado los mismos elogios, y por consiguiente es muy importante someter este medicamento,

(1) Chrestien, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. VI.

casi olvidado en la actualidad, á nuevos experimentos. Hé aquí la fórmula que empleaba Sydenham:

R. Segunda corteza de sauco...........	3 puñados.	Agua.................. Leche..................	aa 500 gram.

Se cuece hasta que se reduzca á la mitad. Se toma la mitad por la mañana en ayunas y la otra mitad por la noche. Este remedio, no solo obra como purgante, sino tambien como emético.

Gaubius, que tenia igualmente confianza en la corteza de sauco, prescribia la pocion siguiente:

R. Zumo de corteza fresca de sauco........	30 gram.	Jarabe de violetas........ .	15 gram.

Se toma á cucharadas de media en media hora, suspendiéndole si el efecto fuera muy violentc.

El doctor Rene Van Oye (1) ha referido algunos casos de hidropesía ascitis curados por el *zumo de la raiz fresca de sauco* unido á igual cantidad de cerveza reciente. Empieza por 60 gramos (2 onzas) del zumo y eleva en seguida progresivamente esta dósis hasta la de 120 gramos (4 onzas) al dia. Esta medicacion produce vómitos y superpurgacion. Por desgracia Van Oye se ha olvidado de especificar los casos.

El *elaterio* que hemos visto emplear con frecuencia en las enfermedades del corazon, se usa aun mucho mas cuando estas afecciones van acompañadas de hidropesía; pero es tambien un medicamento enérgico que requiere ser administrado con bastante precaucion. Al efecto, se puede prescribir la tintura de elaterina, que se compone del modo siguiente:

R. Elaterina............	5 centíg.	Acido nítrico...............	20 centíg.
Alcohol..	32 gram.		

Se dan de treinta y seis á cuarenta gotas en medio vaso de agua azucarada.

Respecto de las demás preparaciones, remito al lector á lo que he dicho al hablar de la hipertrofia del corazon (2).

El *cólchico* es tambien una sustancia que goza de mucho crédito como hidragoga. El doctor Lalaurie (3) ha publicado dos observaciones, de las cuales la segunda se refiere á una hidropesía ascitis, en la que se dió el vino de cólchico á la dósis de una cucharada mañana y tarde, con el cual se curó prontamente la enferma. Ya Storck (4) habia prescrito el cólchico en las hidropesías despues de haber observado su grande influencia sobre la escrecion urinaria, y

(1) René Van Oye, *Annales de la Société de médecine de Roulers*, 1849.
(2) Véase tomo III. págs. 111 y 112.
(3) Lalaurie, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.
(4) Storck, *Libell. de colch. autumn. rad.*

otros muchos autores le han usado en las mismas circunstancias. Carminati le daba bajo la forma de *ogimiel*, y Chailly (1) ha citado, como Lalaurie, un caso de curacion por el *vino de cólchico*, cuya composicion es como sigue:

R. Bulbos de cólchico frescos.................... 100 gram.

Macérense durante ocho dias en

Vino de Málaga......... 60 gram. | Alcohol á 22°.......... 10 gram.

Se dan veinte á treinta gotas en una pocion, pero se aumentará sucesivamente la dósis aunque con precaucion.

Todavía pudiera citar la *coloquíntida*, la *gutagamba*, el *aceite de croton* y el *de tártagos* y un gran número de purgantes; pero como nada ofrecen de particular, creo que bastará mencionarlos; por lo demás no es difícil hacer su aplicacion. Solamente diré dos palabras de la *escamonea*, que se ha considerado como un excelente *hidragogo*, é indicaré despues algunas fórmulas particulares de purgantes.

Casi nunca se ha dado pura la *escamonea*, sino que forma parte de los polvos de *Ailhaut*, muy célebres en el tratamiento de las hidropesías, cuya composicion es la siguiente:

Polvos de Ailhaut.

R. Escamonea........... 4 gram. | Colofonia................. 8 gram.
Hollin............... 6 gram. |

Divídase en papeles de dos gramos (½ dracma), de los cuales se toma uno todas las mañanas.

Este medicamento obra como purgante, y forma tambien parte del electuario siguiente usado por Fouquier:

Electuario hidragogo de Fouquier.

R. Escamonea de Alepo. } aa 15 gram. | Escila en polvo............ 10 gram.
Jalapa............ } | Raiz de jalapa............. 5 gram.

Mézclese y añádase

Jarabe de espino serval................................ C. S.

Se toman de 60 á 130 centígramos (½ á 1 escrúpulo) al dia.

Las *píldoras de Bontius*, que se han alabado mucho, se preparan del modo siguiente:

(1) Chailly, *Sur l'emploi du vin de colchique contre les affections rhumatismales et goutteuses* (*Revue médicale*, Junio, 1836, t. II, p. 207).

Píldoras de Bontius.

R. Acíbar sucotrino...	5 partes.	Diagridio sulfurado (1)......	3 partes.
Gutagamba disuelta en vino de España. Amoniaco.........	aa 3 partes.	Sulfato de potasa...........	1 parte.
		Jarabe de espino serval......	C. S.

Se hacen píldoras de 20 centígramos (4 granos), y se dan de dos á seis al dia.

Tambien citaré las *píldoras de Bacher* y las *de Barclay*. Las primeras se componen de las sustancias que siguen:

R. Extracto alcohólico de eléboro negro.......	60 gram.	Extracto de mirra..........	60 gram.
		Cardo santo en polvo.......	30 gram.

Hágase una masa y divídase en píldoras de 20 centígramos (4 granos), que es necesario tener conservadas en un frasco bien tapado. Se toman de tres ó cuatro al dia.

La fórmula de las píldoras de Barclay es la siguiente:

R. Extracto de coloquíntida compuesto......	10 gram.	Tártaro emético...........	30 centíg.
Resina de jalapa.....	5 gram.	Esencia de enebro....... Esencia de alcaravea.... Esencia de romero.......	aa 20 centíg.
Jabon amígdalino....	5 gram.		
Guayaco............	15 gram.	Jarabe de espino serval.....	C. S.

Háganse píldoras de 20 centígramos (4 granos). Se dan de cinco á seis al dia.

Antes de usar los drásticos que acabamos de mencionar se debe examinar atentamente el estado de los intestinos y las fuerzas del enfermo, porque seria muy imprudente usarlos en personas muy debilitadas, y en estos casos á lo menos no se les deberia emplear sino con mucha prudencia. A los niños no se les deben dar al principio sino en muy cortas cantidades, que se pueden aumentar en seguida con precaucion.

Vomitivos.—Algunos autores han observado que los vomitivos eran realmente útiles; se pueden poner en uso. Por otra parte, ya hemos visto que entre los drásticos mencionados habia algunos que promovian el vómito, y estos son los mas alabados. Es inútil usar otros vomitivos que los eméticos comunes.

Algunos médicos se han limitado á dar simples *expectorantes*, siendo la *énula campana* la sustancia que mas se ha usado con este fin, y entra en la composicion de las píldoras siguientes:

R. Extracto de énula campana.	8 gram.	Escila en polvo.........	60 gram.

H. S. A. 36 pildoras. Se dan de dos á cuatro al dia.

Sudoríficos.—Los sudoríficos se usan mucho menos en la ascitis

(1) El *diagridio sulfurado* se compone con la escamonea, que se extiende sobre un papel encima de un hornillo, sobre el cual se echa azufre en pequeñas porciones, y se menea hasta que empiece á derretirse la resina.

que contra la anasarca; sin embargo, ya hemos visto anteriormente que se habian observado muchas veces *crísis por sudores*, por consiguiente no se deben descuidar los medicamentos de esta especie. Pero basta indicar aquí las infusiones *de borraja*, *de melisa*, *de flores de sauco*, *etc.*; mas conviene hablar detenidamente de los *baños de vapor simple* ó *sulfuroso* que se han administrado por algunos médicos. El doctor Gassaud (1) ha referido cuatro casos de ascitis curados por los baños de vapor sulfuroso, y otros han citado otros varios semejantes en los que se ha usado el simple vapor de agua. El *vapor de los bayas de enebro* se usa, como todos saben, en la anasarca, pero tambien se le pudiera ensayar en los casos de ascitis, especialmente si habia al mismo tiempo edema. Estos medios estarian especialmente indicados si se manifestase expontáneamente cierto mador en la piel.

Narcóticos.—Tambien se han elogiado los *narcóticos* ó *estupefacientes*; pero ¿cuál es su accion y su modo de obrar? Seria bien difícil decirlo, por lo cual me limito á indicar que se han usado el *opio*, la *cicuta*, el *acónito*, la *lechuga virosa* y aun el *tabaco*. Solo con gran precaucion se pueden administrar estas sustancias, cuya dósis se debe ir aumentando gradualmente hasta una cantidad bastante considerable.

Linoli (2) ha curado una ascitis asténica dando el *opio*, pero como estimulante.

Tónicos, amargos y ferruginosos.—Los medicamentos de esta especie se administran principalmente en la ascitis con empobrecimiento de la sangre. P. Frank (3) ha recomendado mucho la *quina*, que se debe dar en cocimiento ó bajo la forma de extracto. Miguel Levy (4) ha empleado con buen éxito el *sulfato de quinina* en la ascitis consecutiva á la fiebre intermitente. H. Gintrac (5) ha curado una ascitis de este género muy rebelde por el *sulfato de manganeso* á la dósis de 10 centígramos á 1 gramo. El doctor Schmidt (6) une la *genciana* á la digital de la manera siguiente:

R. Digital...........	1,25 gram.	Agua hirviendo........... 200 gram.
Raiz de genciana....	4 gram.	

Infúndase y añádase

Ogimiel escilítico................................... 30 gram.

Se da una cucharada cada hora.

(1) Gassaud, *Nouvelle Bibliothèque médicale*, Febrero, 1829.
(2) Linoli, *Guérison de l'hydrop. ascite par l'opium (Gazette hebdomadaire*, 1853, p. 146).
(3) P. Frank, *Traité de médecine pratique*. Paris, 1842, t. II, p. 119.
(4) Michel Lévy, *Du sulfate de quinine dans les ascites consécutives aux fièvres intermitt.* (*Gazette médicale de Paris*, 1840, t. VIII, p. 342).
(5) H. Gintrac, *Anasarque et ascite, suite de fièvres intermitt., guérison par le sulfate de manganèse (Journal de medècine de Bordeaux*, 1853, p. 193).
(6) Schmidt, *Beiträge*, etc., 1833.

Cruveilhier dice que ha usado con ventaja las *preparaciones ferruginosas*, y ya el doctor Bertrand (1) habia referido un caso de curacion de una ascitis por una mezcla de *escila* y de *óxido negro de hierro*. Se puede emplear el *arsénico*, al cual Trousseau y Debavay (2) han debido resultados ventajosos.

Bastan estas indicaciones para saber cómo debe el práctico conducirse en los casos en que se puede atribuir la produccion de la hidropesía al estado de la sangre, contra el cual nos ha enseñado que el hierro goza de la mayor eficacia.

En los casos de debilidad y astenia generales, Teissier, de Lyon (3), emplea con buen éxito el *extracto alcohólico de nuez vómica* á la dósis de 2 á 5 centígramos; cita muchas observaciones en que este tratamiento ha sido útil, no solamente en la ascitis, sino en otras hidropesías debidas á la misma causa.

Medios diversos.—En primer lugar indicaré la *leche*, ya recomendada por Mauriceau, y que Chrestien ha encomiado muy particularmente (4). Este último ha referido ocho observaciones en cuya mayor parte se ha obtenido la curacion; por desgracia no se han hecho estas observaciones terapéuticas con el mayor rigor, y algunas veces se duda si en estos hechos ha habido otra cosa que una simple coincidencia. Los casos en que parece haber tenido mejores resultados la leche, son aquellos que se han designado por Chrestien con el nombre de ascitis por irritacion. Toda la medicacion consiste en someter á los enfermos exclusivamente ó casi exclusivamente al uso de la leche como alimento, haciéndoles tomar *dos, ocho y doce cuartillos y mas al dia* si se juzga conveniente. Chrestien encarga que la leche sea cruda. Un inconveniente frecuente de este régimen es que disgusta pronto á los enfermos; pero no se debe ceder á las instancias que hacen para obtener un cambio de alimentacion, porque en los casos citados por Chrestien produjeron efectos fatales las menores concesiones. Segond (5), Belouino (6), Cornelius (7), Sue, de Marseille (8), H, Gintrac y aun otros han atribuido á este tratamiento bastante buen éxito.

(1) Bertrand, *Recueil de la Societé d'émulation*, 1807.

(2) Debavay, *De l'acide arsénieux dans un cas d'hydropisie péritonéale consécutive, etc.* (*Gazette médicale de Paris*, 1844, p. 152).

(3) Teissiér, *Du traitement des hydropisies asthéniques par les preparations de noix vomique* (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 Junio, 1851, t. XL, p. 529).

(4) Chrestien, *De l'utilité du lait administré comme remède et comme aliment dans le traitement de l'hydropisie ascite* (*Archives générales de médecine*, 1.ª série, t. XXVII, p. 329 et 484).

(5) Segond, *Ascite chronique et rebelle guérie par l'usage du lait* (*Journal hebdomadaire des progrés des sciences et des instit. méd.*, 1835, t. I).

(6) Belouino, *Emploi du lait dans l'ascite* (*Gaz. médic.*, 1837).

(7) Cornelius, *Ascite rebelle guérie par du lait cru* (*Bulletin de thérap.*, 1846, t. XXXI, p. 218).

(8) Sue, *Du lait dans l'ascite* (*Archives générales de Marseille*, 1846).

El doctor O'Ferral (1) recomienda eficazmente el *acetato de plomo* y el *hierro* administrados de la manera siguiente contra la hidropesía ascitis con secrecion albuminosa, que sobreviene á consecuencia de la escarlatina.

Se da al principio cada dia de 10 á 15 centígramos (de 2 á 3 granos) de acetato de plomo en agua destilada, añadiendo un esceso de ácido acético.

Despues se administra el hierro. O'Ferral prefiere la *tintura muriática* á todas las preparaciones ferruginosas.

Por medio de este tratamiento, segun este autor, desaparece muy pronto la albúmina de la orina, y la hidropesía se disipa con la mayor rapidez.

El doctor Thirion (2) ha referido casos de curacion por el *ioduro de potasio*. En uno de ellos la hidropesía habia sido ocasionada por tumores escrofulosos del mesenterio, y estos casos son evidentemente aquellos en que está mejor indicada esta medicacion.

Basta mencionar el *perifollo* y el *apio*, aunque el primero haya gozado durante mucho tiempo de gran reputacion; el *bálsamo de copaiba*, las *preparaciones de oro*, que se han empleado en un caso citado por Chrestien, la *hepática en cataplasmas*, el *iodo* y las *fricciones mercuriales*, medicamentos que solo pueden convenir en circunstancias meramente particulares. Las cataplasmas del *polvo de cicuta*, adoptadas con ventaja por Trousseau, en los niños; el *polvo de almidon iodado* alabado por Burguet (3), 1,5 de iodo por 100 de almidon. Estos últimos medios nos aproximan ya á la medicacion externa, de la cual vamos á tratar.

Medicacion externa.—Venturini (4) cita cuatro observaciones de ascitis sintomáticas de afeccion de órganos abdominales que hizo desaparecer rápidamente por *unturas aceitosas* repetidas tres veces al dia sobre el vientre y sobre las extremidades edematosas. Estas fricciones deben hacerse con suavidad, hasta la absorcion completa, con la cantidad de aceite que puede contener el hueco de la mano.

Vejigatorios, sedales y moxas.—Pelletier (5) ha citado un caso de curacion de una ascitis, consecutiva á una fiebre intermitente,

(1) O'Ferral, *Dublin hosp. Gazette*, extrait dans *Revue médico-chirurgicale de Paris*, Marzo 1847.

(2) Thirion, *Emploi de l'iodure de potassium dans le traitement de l'ascite (Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, et *Bulletin général de thérapeutique*, Febrero 1849, t. XXXVI, p. 183).

(3) Burguet, *Journal de méd. de Bordeaux*, Diciembre, 1846.

(4) Venturini, *Bons effets des onctions huileuses dans le traitement de l'hydropisie ascite (Bulletin général de thérapeutique*, 15 Junio, 1850, t. XXXIX, p. 32).

(5) Pelletier, *Hydropisie ascite traitée et guérie par l'emploi successif de six vésicatoires appliqués sur l'abdomen de manière à le recouvrir tout entier*, observations recueillies à la clinique de Trouvé (*Archives générales de médecine*, 1.ª série, 1828, t. XVIII, p. 202).

por medio de la aplicacion de *vejigatorios* al abdómen. Este hecho es tanto mas notable, cuanto que en este enfermo se habian empleado los diuréticos y la compresion sin obtener otra cosa que una mejoría pasajera. El mismo medio se ha usado en casos de ascitis consideradas como idiopáticas. Tambien se han atravesado las partes abdominales con un *sedal* (1); y en fin, Larrey ha recomendado las *moxas* al nivel de las costillas falsas; pero no se debe contar mucho con los buenos efectos de estos medios, y en cuanto al *sedal* se le debe considerar como muy peligroso.

Escarificaciones.—Cuando la ascitis está acompañada de una hinchazon considerable del escroto y de los miembros inferiores, se hacen ordinariamente escarificaciones con el objeto de desinfartar el tejido celular y de hacer cesar la tension incómoda de las partes. Algunas veces se emplea este medio para obtener la curacion; efectivamente sucede algunas veces que no se cierran las escarificaciones, y fluye contínuamente por ellas serosidad, de suerte que desaparece el derrame. El doctor Tardieu (2) ha citado algunos hechos en los que tuvo buen éxito este medio. Un inconveniente de las escarificaciones es que á veces producen la irritacion de los tejidos, y por consiguiente una gangrena que puede tener efectos funestos. Por otro lado no se puede contar con sus ventajas sino auxiliando su accion por la administracion de uno ó muchos de los medios expresados. Lombard, de Liége (3), aconseja, para evitar estos accidentes, hacer las escarificaciones profundas, antes que la piel se altere, y hacerles dar inmediatamente, por la posicion, todo lo que puedan dar.

El doctor Burguet (4) ha visto disiparse una ascitis por medio de la siguiente medicacion:

R. Almidon............ 200 partes. | Iodo..................... 3 partes.

Cúbrase el abdómen del enfermo con una capa espesa de esta preparacion.

Desde los primeros dias, la saliva, la orina y los esputos exhalaban un olor á iodo muy marcado.

Compresion.—Ya Monró habia propuesto la compresion de abdómen para oponerse á algunos de los accidentes de la ascitis (lipotimias y síncopes); los médicos ingleses la han usado despues con el objeto de obtener la curacion, y en Francia ha sido puesta en uso por Recamier, Husson, Gaudelle, Bricheteau, etc. desde hace algunos años. Este último ha publicado (5) una interesante Memoria en la cual se refieren muchos hechos que prueban la utilidad de la

(1) Hedenus, *Graefe und Walther's Journal*. Berlin, 1826.
(2) D. Tardieu, *Journal de médecine*, 1835.
(3) Lombard, *Traitement de l'anasarque et de l'ascite par l'évacuation de sérosités au moyen des ouvertures faites à la peau (Journal de médecine de Bruxelles*, 1848).
(4) *Journ. de méd. de Bordeaux*, Diciembre de 1846.
(5) *Arch. gén. de méd.*, 1.ª série, t. XXVII, p. 75 y siguientes.

compresion en ciertas ocasiones. Resulta de estos hechos que los casos en que es aplicable la compresion son aquellos en que no hay lesion orgánica crónica y un obstáculo mecánico á la circulacion venosa. En el caso contrario nos espondríamos á someter inútilmente á los enfermos á un tratamiento largo, difícil de soportar, y que ocasiona notables incomodidades, tales como la opresion, las lipotimias, etc. Solo se deberá recurrir á ella cuando no se encuentre ninguna lesion marcada de las vísceras, cuando la ascitis se ha desarrollado con síntomas de irritacion ó á consecuencia de fiebres intermitentes, de hemorragias repetidas, y de habitar en parajes mal sanos, de la ingestion de bebidas frias, etc.

Para practicarla es necesario hacer un ancho vendaje de cuerpo, que, atacado desde la base del pecho, llegue hasta la parte inferior del vientre. Este vendaje debe estar apretado de manera que haya una compresion uniforme y contínua; pero es necesario cuidar de que no sea demasiado considerable, porque empujando hácia arriba el diafragma se pudiera producir una extremada dísnea. Si no se tiene cuidado de apretar el vendaje á medida que se afloja, nada se puede esperar de este tratamiento, el que por lo demás es muy largo, puesto que ha sido necesario prolongar su uso por muchos meses (ocho y mas), y que exige mucha asiduidad y cuidado.

H. Gintrac le reprocha el producir alguna vez la infiltracion rápida del escroto y de los miembros inferiores.

Paracentesis.—La paracentesis ó puncion del abdómen es una operacion que ordinariamente se practica con el objeto de hacer cesar los accidentes que resultan de una acumulacion demasiado considerable de líquido en la serosa peritoneal. En algunos casos, que ya he citado mas arriba, el líquido acumulado provoca irresistiblemente la salida de una porcion de intestino que forma hernia, y para evitar al atascamiento que puede seguir, se debe hacer la operacion antes de que haya una gran cantidad de serosidad en el peritoneo; en todos los demás casos se debe esperar á que las paredes del vientre se hallen notablemente distendidas.

Para esponer todo lo que tiene relacion con la paracentesis no puedo hacer otra cosa mejor que seguir la descripcion que de ella ha dado Velpeau (1), añadiendo algunas observaciones sobre la utilidad de la percusion para determinar el sitio en que se debe practicar la puncion. Despues de algunas consideraciones sobre el orígen de esta operacion, una de las mas antiguas de la cirujía, este autor se pregunta cuál es el instrumento que conviene emplear, y se decide por el *trócar* de que se sirven los cirujanos franceses, pues nada deja que desear. En cuanto al sitio de eleccion, se expresa de esta manera.

(1) Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*. Paris, 1839, 2.ª édition, t. IV, p. 1 et suiv.

Sitio de eleccion.—«No todos los puntos del vientre son igualmente á propósito para hacer la paracentesis. El *vacío izquierdo* seria el mas favorable cuando el bazo está sano, si el epiplon, que se extiende mas por este lado, no llegase á dificultar la salida del líquido.

»*En el derecho* se puede temer dañar el hígado. Demasiado cerca del *ligamento de Poupart* se encuentra la S ilíaca del cólon ó el ciego. *Por detrás* está la última costilla falsa ó la cresta del hueso innominado, y seria fácil herir el cólon lumbar. La *zona supraumbilical* corresponde á la porcion trasversa del intestino grueso. En la *parte mas baja* y en la línea media se encuentra la vejiga. Sin embargo, es preciso operar sobre una parte declive. La *línea blanca*, preferida por los antiguos, y aun por la mayor parte de los cirujanos ingleses, no tiene ventajas bajo este aspecto, y está lejos de evitar tan seguramente como se cree toda hemorragia, pues á veces serpentea una vena gruesa en su superficie posterior. S. Cooper refiere un caso en que salió mas de dos cuartillos de sangre por la herida que acababa de hacer en este sitio con el bisturí.

»*En la mujer* existe entre la *matriz* y el *recto*, en el fondo de la pélvis, una especie de fondo de saco adonde se llegaria fácilmente *al través de la parte posterior superior de la vagina*. Este punto, el mas declive de todos, seria tambien el mas conveniente quizás si el peritoneo estuviese libre en toda su extension, si un cambio de relacion cualquiera de la vejiga, del útero ó de los intestinos no espusiese á perforar alguno de estos órganos. Por consiguiente no conviene elegirle hasta despues de haberse asegurado por el tacto, como lo aconsejan Henckel, Watson, Bishop y Noethig, que la serosidad desciende hasta en la cavidad pelviana, y tiende á deprimir la parte superior de la vagina.

»Si se penetra por el *recto*, por encima de las vesículas seminales, como quieren algunos prácticos, habria mayor peligro de herir la vejiga. El temor de que las materias estercoráceas pasen al peritoneo, bastará siempre para hacer desechar esta via, aunque se pueda por excepcion adoptar en ciertos individuos.

»Hasta la misma *vejiga* se ha querido atravesar para vaciar el peritoneo de los ascíticos..... Watson ha propuesto seriamente penetrar por esta via, y lo que hay de sorprendente es, que uno de sus compatriotas, el doctor Buchanan, dice que lo ha hecho tres veces con buen éxito; pero yo creo que entre nosotros no merece refutarse con seriedad semejante precepto.

»Penetrando por el *escroto*, que conviene mejor, como lo prueban las observaciones de Ledran y de Morand, cuando al mismo tiempo que la ascitis existe un hidrocele congénito, no puede servir mas que en esta circunstancia. Si se encuentra una region de las paredes abdominales mas adelgazada que las otras, hasta el punto de no hallarse formada mas que por la piel y de haber adquirido una es-

pecie de trasparencia en ella, es donde es preciso practicarla, aunque por otra parte sea poco favorable este sitio.....

»*Un poco hácia fuera de la línea blanca*, como se hacia en otro tiempo por consejo de Celso, se corre algun riesgo de herir la arteria epigástrica. *El centro del espacio que separa el borde de las costillas de la cresta iliaca* indicado por Sabatier, tendria el inconveniente de estar demasiado aproximado al pecho cuando el bazo y el hígado padecen algun infarto; *de suerte que por regla general el medio de la línea que se extiende del ombligo á la espina iliaca anterior es el mejor*..... Este paraje, que la mayor parte de los operadores convienen en que se elija desde que Palfin dió la idea de él, es, pues, el verdadero *sitio de eleccion*, y cada uno de los demás el *lugar de necesidad*.»

Forget (1) ha practicado muchas veces la *puncion umbilical* con buen éxito; pero una vez ha visto sobrevenir, á consecuencia de esta operacion, una hernia epiplóica, que tratada por la excision determinó una peritonitis mortal.

Punto en que conviene practicar la puncion cuando la hidropesía está complicada con la preñez.—Observaciones bastante númerosas, y en particular las que ha reunido Oliviers, de Angers (2), prueban que la ascitis da lugar en las mujeres preñadas á grandes incomodidades (opresion, lipotimia, insomnio, anorexia), que es necesario remediar evacuando el líquido. Habiendo observado Scarpa (3) que se sentia la fluctuacion mas fácilmente y era mas *superficial* en el hipocondrio derecho, cerca del borde de los cartílagos de las costillas falsas, eligió este sitio para la puncion y penetró con seguridad entre el *lado externo y superior del músculo recto y el borde de las costillas falsas del hipocondrio izquierdo*. El doctor Cruch (4) ha hecho lo mismo y sin accidente alguno. Sin embargo, fundándose Olivier en la opinion de Sabatier, en un hecho que observó y en otro que le fué comunicado por Bigot, de Angers, ha reconocido que en los casos comunes suele el ombligo ensancharse al principio y formar despues un tumor con fluctuacion, en el que se puede hacer la puncion sin peligro. Unicamente se deberian exceptuar los casos en que existiese una adherencia intestinal en esta region á consecuencia de una hernia antigua. Por otra parte, Velpeau, que ha practicado gran número de veces la paracentesis en mujeres preñadas, se expresa sobre este punto del modo siguiente:

(1) Forget (de Strasbourg), *De la ponction ombilicale dans l'ascite; accidents non prévus par les auteurs* (HERNIE DE L'ÉPIPLOON) (*Bulletin générale de thérapeutique*, 15 Junio, 1850, t. XXXVIII, p. 481).

(2) Ollivier (d'Angers), *Remarques sur l'opération de la paracentèse dans l'hydropisie ascite compliquant la grossesse (Archives générales de médecine*, 1.ª série, 1824, t. VI, p. 178).

(3) Scarpa, *Mélanges de chirurgie étrangère*, Genève, 1824, t. I.

(4) Chruch, *Annali univ. di med.*, n.º 47.

«Toda la *extension del vacío izquierdo* y todos los puntos de este lado en que se introduce ordinariamente el trócar, me han parecido hallarse separados de la matriz por un espacio bastante considerable para que se deba dar mucha importancia á los preceptos de Scarpa.» De todo esto resulta que si es necesario examinar atentamente el estado del vientre en la mujeres preñadas en quienes se ha de practicar la paracentesis, no hay razon para exagerar en semejantes casos los peligros de esta operacion.

Cuando se evacua de una sola vez todo el líquido ascítico en el embarazo, sucede que el útero entra en contracciones; para evitar este accidente, Pigeolet, de Bruselas (1), aconseja perforar simplemente con un alfiler ó un trócar capilar la prominencia umbilical que existe casi siempre.

Uso que debe hacerse de la palpacion y sobre todo de la percusion para determinar el punto en que se ha de practicar la puncion.—He entrado en los detalles precedentes con el doble objeto de determinar bien los puntos del abdómen en que se ha propuesto practicar la paracentesis y dar á conocer los que deben absolutamente desecharse y los que presentan menos inconvenientes. Pero en la actualidad ningun práctico debe decidirse á hacer la puncion en tal ó cual punto sino con arreglo á las consideraciones en que acabo de entrar; y aun en rigor se puede decir que no hay *sitio de eleccion*, ó á lo menos que nunca se debe practicar la operacion sin haberle explorado por la palpacion y por la percusion practicadas con el mayor cuidado. Es verdad que este sitio será siempre el que con mas frecuencia merezca la preferencia, puesto que estos medios de exploracion harán por lo comun conocer que aquella es justa; pero no se le dará ciegamente, como por desgracia se ha hecho demasiadas veces, porque la exploracion que se practicaba era insuficiente.

La *palpacion* dará á conocer si existe en el punto en que se quiere hacer la puncion un órgano hinchado, en el cual nos expondríamos á introducir el trócar. No hay duda que si este órgano estuviese adherido á las paredes seria inútil esta exploracion, puesto que faltaria la fluctuacion en este punto; pero las mas veces le separa una ligera capa de líquido del peritoneo parietal, y este espesor es el que se trata de determinar por la palpacion, que debe practicarse del modo siguiente. Estando aplicada la extremidad de los dedos sobre la pared abdominal, se comprime de modo que se desaloje el líquido subyacente, y si hay un tumor se llega pronto á tocarle, lo cual se conoce en la resistencia que ofrece un cuerpo sólido muy superior á la que tiene un cuerpo líquido. Teniendo en consideracion el grado de depresion que ha sido necesario comunicar al abdómen para llegar hasta el tumor, se tiene aproximadamente

(1) Pigeolet, *De l'ascite compliquant la grossesse; nouveau procède de paracentèse Journ. de méd. de Bruxelles,* Octubre, 1860).

el espesor de la capa del líquido, y se puede juzgar si es prudente ó no practicar la puncion en este sitio.

La *percusion* sumistra datos aun mucho mas exactos; así es que Piorry ha hecho un verdadero servicio á la práctica médica dando á conocer el partido que se puede sacar de ella en todos estos casos. En efecto, por medio de la percusion se determina con precision, no solo si un órgano hinchado está demasiado próximo á la pared abdominal, sino tambien si los intestinos corren riesgo de ser heridos, accidente mucho mas grave. Jamás se debe dejar de hacer con cuidado, partiendo, como he dicho anteriormente, de las partes sonoras para ir gradualmente hácia las partes que presentan el sonido á macizo. De esta manera es fácil asegurarse desde luego de que se practica la puncion á una distancia bastante considerable del nivel del líquido, es decir, de un punto en que este no forma todavía sino una capa muy poco gruesa, y además practicando la percusion *superficial* ó *profundamente* se puede apreciar con exactitud el espesor de la capa líquida.

Percutiendo superficialmente, es decir, colocando sin comprimir sobre el abdómen el dedo, sobre el cual se percute, y golpeando ligeramente, se obtiene el sonido propio del líquido, ó un sonido que se le asemeja mucho, segun que la capa es mas ó menos gruesa. *Percutiendo* despues *profundamente*, es decir, deprimiendo la pared abdominal y golpeando con fuerza, se llega á obtener uno de los tres resultados siguientes: ó bien por *profunda que sea la percusion, no da mas que el sonido á macizo debido al líquido*, que es lo que sucede con mas frecuencia cuando se percute en el sitio de eleccion ó en un punto algo interior, y entonces se puede introducir atrevidamente el trócar en este sitio; ó bien la *percusion profunda hace descubrir el sonido intestinal mas ó menos debilitado*, juzgando por el grado de depresion que ha sido necesario imprimir á la pared abdominal, si la capa del líquido es ó no bastante gruesa, y hay que hacer la operacion segun estos datos; ó bien, en fin, el *sonido intestinal se oye muy pronto*, y entonces los intestinos están pegados á la pared abdominal ó están poco distantes, en cuyo caso es necesario buscar otro punto para practicar la paracentesis, y determinarle de la misma manera. Entonces se opera en el *lugar de necesidad.*

Describiremos ahora la operacion, y recurriremos todavía para esto á la obra de Velpeau *(lug. cit.)*.

Descripcion de la operacion.—Posicion del enfermo.—Nadie aconseja en la actualidad que el enfermo se mantenga en pié mientras se le opera; tampoco conviene que esté sentado, á no ser en algunas circunstancias particulares, sino que *debe estar echado de lado, muy cerca del borde de la cama.*

»*Aparato operatorio.*—El aparato se compone de un trócar de 5 milímetros de diámetro (fig. 52), armado de su cánula y untado de cerato, de un cubo ó barreño ó de una vasija grande cualquiera á

propósito para recibir el líquido, de un vaso mas pequeño y poco profundo que se pueda aplicar cerca del vientre, si la serosidad no corre con bastante fuerza; de un pedazo de esparadrapo, de diversas compresas dobladas en varios dobleces, de una servilleta doblada en forma de escudo y de una servilleta doblada en tres dobleces con una muslera y escapulario.



Fig. 52.— A. Cubierta de plata que sirve para protejer la punta del trócar.—B. Punta triangular del trócar.

»Colocado un ayudante cerca de la cabeza para sostenerla, otro hácia los pies y al lado de que está echado el enfermo, á fin de sostenerle el pecho y la parte superior de los muslos, y un tercero situado en el lado opuesto y aun sobre la cama si de otro modo se fatiga demasiado, deberá estar dispuesto á aplicar sus manos de plano sobre toda la superficie del vientre, para comprimirla suavemente á medida que va saliendo el líquido. El cirujano coje el trócar, le introduce con la mano derecha al través de la pared abdominal, cuyos tegumentos ha debido extender con la mano izquierda, de un modo brusco y repentino, porque así apenas le siente el enfermo. Temiendo algunos autores que penetre á demasiada profundidad y que hiera alguna víscera, prefieren, sin embargo, hacerle penetrar con lentitud, dándole vueltas sobre su eje, con lo que pretenden que no hay tanta esposicion de herir las arterias; pero semejantes razones carecen de fundamento. Los órganos del bajo vientre están, como he dicho ya, demasiado alejados de sus paredes en la ascitis para que pueda tocarles el trócar aunque se introdujese hasta el mango. Tampoco es mas necesario tomar un punto de apoyo con los dos últimos dedos sobre la piel mientras que se perfora: á la verdad tantas precauciones no son á propósito sino para hacer la operacion mas larga y meticulosa.

»Estendiendo el dedo índice sobre el mango del trócar, mientras que la palma de la mano asegura sólidamente el mango, no se deja al descubierto mas que lo que se quiere y se necesita para llegar al foco del líquido, lo cual basta para librar á las vísceras. Si las paredes presentasen bastante espesor para impedir que penetrase el trócar, de lo que refiere un ejemplo Saviard, ó si estuviesen tan flácidas que se hundiesen con la presion, se emplearia otro instrumento, y entonces es cuando se podrian preferir con alguna ventaja el bisturí ó la lanceta.

»La falta de resistencia indica que se ha penetrado en el peritoneo. Entonces se retira el trócar, manteniendo sujeta con el pulgar y el índice de la mano izquierda la cánula que debia quedar puesta, con el pabellon dirigido hácia abajo. El líquido sale inmediatamente con mas ó menos fuerza, y por un chorro desde entonces fácil de di-

rigir á una vasija destinada para recibirle. El estilete de boton, la sonda de pecho, etc., no sirven sino cuando algun cuerpo extraño viene á obstruir la cánula.

»Cuando se ha extraido todo el agua, el operador saca el tubo conductor haciéndole ejecutar un movimiento de rotacion, y sostiene al mismo tiempo con los dos primeros dedos de la otra mano el contorno de la abertura que ha practicado, con el fin de evitar que se estire la piel, y aplica sobre este punto el emplasto, las compresas que cubren así toda la parte anterior del abdómen y los vacíos, pone el vendaje de cuerpo, y coloca inmediatamente al enfermo en medio de su cama en la posicion que le sea menos incómoda.

»Muchos autores han creido que no convenia sacar de una vez todo el líquido derramado, y que era mejor irle extrayendo por grados; pero no habiendo enseñado la esperiencia qué valor puede tener semejante conducta, parece mas razonable no dejar en el vientre mas que lo que absolutamente no pueda sacarse. La debilidad y los síncopes que los antiguos esperaban prevenir obrando de este modo, se evitan con mas seguridad por un vendaje convenientemente aplicado, y los enfermos quedarian muy poco satisfechos si solo se vaciase en parte su vientre despues de haberse sometido á la puncion.»

Hemorragia despues de la operacion.—Esta hemorragia puede depender bien de la herida de la arteria epigástrica, bien de la de un vaso venoso, y es inútil decir que la primera es mas grave. Se han propuesto muchos medios de remediarla, y uno de ellos consiste, dice Velpeau, en comprender el trayecto del trócar en un ancho pliegue de partes blandas, comprimiéndole y estrujándole entre el dedo índice y el pulgar hasta que cese de salir la sangre. Pero mas generalmente se usa un pequeño cilindro de *cera* dispuesto á manera de clavija, ó bien un pedazo de *candelilla emplástica* ó de *goma elástica* que se introduce en la herida de modo que la obstruya exactamente. Velpeau opina que seria todavía mejor un *pedazo de esponja preparada*.

Si se ha practicado la paracentesis solo como un *medio paliativo*, basta con hacer la cura precedente, y se *repite la puncion* cuando se ha reproducido la acumulacion de la serosidad. Si á pesar de esto pareciese que la ascitis no depende de una lesion visceral, seria bueno intentar la compresion, que puede tener buen resultado en los casos de este género. Pero no se han limitado á esto y se han inventado muchos medios para impedir la reproduccion del derrame, es decir, medios curativos que vamos á examinar.

Habiendo visto el doctor G. Pagano (1) que en un hombre de treinta años que padecia de una ascitis á consecuencia de fiebres intermitentes, se curó la enfermedad por el *flujo contínuo de líquido al través de la puntura de la paracentesis que habia quedado fistulosa*, re-

(1) Pagano, *Nouvelle méthode pour le traitement de l'ascite (Il filiatre Sebezio; Journal des connaissances médico chirurgicales*, Febrero, 1845, p. 76).

comienda producir un flujo casi parecido, y para esto *introduce un bordon que saca cada dos ó tres dias para dejar fluir la serosidad.*

Este método con ó sin introduccion de cuerpo dilatador, es aplicable á las ascitis crónicas que resultan del infarto de alguna víscera.

Inyecciones.—Brumer, segun Abeille (1), ha sido el primero que propuso las inyecciones en la cavidad peritoneal, que consistian en una *mezcla de aguardiente alcanforado, acíbar* y *mirra*. En 1827, el doctor Homme (2) ensayó hacer penetrar en el abdómen el *alcohol*, y obtuvo un resultado completamente feliz. Pero habiéndose puesto en uso el mismo medio por Dupuy, en una hidropesía enquistada del ovario, sucumbió la enferma. Van Roosbroeck, Broussais (3) y algunos otros reemplazaron el alcohol por el protóxido de azoe. Por último, Jobert de Lambelle y Vassal han citado casos en que el éxito fué favorable; pero el primero solo ha empleado las inyecciones del modo siguiente (4):

Procedimiento de Jobert.—Hizo primero la puncion y sacó ocho onzas de serosidad, y antes de dejar salir mas introdujo al través de la masa de líquido la mezcla que sigue:

R. Agua tibia.......... 240 gram. | Alcohol.................. 45 gram.

Esta inyeccion produjo un dolor repentino muy vivo acompañado de calor en el punto opuesto. Estando exactamente cerrada la abertura de la cánula, se esperó cerca de un cuarto de hora dando ligeras sacudidas al abdómen, á fin de que se hiciese la mezcla mas íntima y obrase el alcohol sobre la superficie del peritoneo; despues se hizo evacuar el líquido cuya cantidad podia ser de 12 litros (24 cuartillos), y era amarillo cetrino, muy cargado de olor alcohólico. Por la noche se desarrolló una fiebre muy fuerte con violentos dolores de vientre y sudores abundantes. Estos síntomas cedieron pronto con los calmantes y emolientes, y pocos dias despues era completa la curacion.

Esta observacion deberia inducir á imitar esta conducta, si no se pudiese poner en duda el diagnóstico, como dice Velpeau, pero este autor piensa que en este caso se trataba de una hidropesía enquistada del ovario: por desgracia la observacion no suministra los detalles necesarios para ilustrar este punto.

El doctor Vassal (5) se ha contentado con *irritar el peritoneo* por medio de la punta de la cánula, pero fueron tan graves los acciden-

(1) Abeille, *Traité des hydropisies et des kystes*. Paris, 1852, p. 277.

(2) L'Homme, *Hydropisie ascite ancienne guérie par l'injection de la vapeur de vin dans l'abdomen (Archives générales de médecine,* 1827, t. XIII, p. 282).

(3) Roosbroeck et Broussais, *Ascite traitée par des injections au gaz protoxyde d'azote (Annal. de la méd. physiol.*, 1831, t. VI et XX).

(4) Jobert (de Lamballe), Vassal, *Lancette française*, nos 70, 73.

(5) Vassal, *Mémoires de la Société de médecine pratique*, 1833.

tes que se siguieron á esta práctica, y de los cuales pudo al fin librarse el enfermo, que hicieron temer muchas veces por su vida.

Inyecciones iodadas.—El método de las inyecciones iodadas ha marcado un período nuevo en el tratamiento de las hidropesías. Se debe la iniciativa á Bonnet (de Lyon), y la vulgarizacion á Velpeau. La primera aplicacion á la ascitis fué hecha en 1846 por el doctor Dieulafoy (1) con un resultado completamente feliz. Posteriormente el doctor Rul Ogez, de Amberes (2), ha curado radicalmente una ascitis asténica por la inyeccion de 90 gramos (3 onzas) de agua tibia, que contenian 12 gramos (3 dracmas) de tintura de iodo. Asímismo citaré los dos casos siguientes que hablan de este tratamiento, de los cuales el primero ha sido referido por el doctor Leriche (3).

Despues de haber vaciado el peritoneo, inyectó la mezcla siguiente:

R.	Tintura de iodo........	32 gram.	Agua....................	256 gram.
	Ioduro de potasio......	4 gram.		

No se pudo hacer salir mas que 120 gramos (4 onzas) de esta solucion.

Griffon (4) practicó la inyeccion iodada en un niño de *diez meses*, que padecia la enfermedad de que tratamos.

Griffon inyectó varias veces, malaxando el vientre:

R.	Agua...............	150 gram.	Tintura de iodo	25 gram.
	Ioduro de potasio.....	4 gram.		

Boinet (5), en diez ocho casos de ascitis tratadas por las inyecciones iodadas, ha notado quince curaciones, dos sin éxito, la enferma del caso diez y ocho sucumbió. En un solo enfermo hubo síntomas de peritonitis, y sin embargo curó.

En cuatro casos de ascitis, de los cuales dos han sobrevenido por consecuencia de heridas del abdómen por instrumentos punzantes recogidos por Leriche (6), las inyecciones iodadas han producido rápidamente la curacion. El método de las inyecciones iodadas ha sido confirmado por los experimentos de Leblanc y de Alf. Thierry sobre los

(1) Dieulafoy (de Toulouse), *Bulletin de l'Académie de médecine*, 27 Enero 1847, t. XI, p 422.

(2) Rul-Ogez (d'Anvers), *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 1847-1848, t. VII, n.° 2.

(3) Leriche, *Journal de médecine de Lyon*, et *Bulletin général de thérapeutique*, Junio, 1847.

(4) Griffon *Journal des connaissances médico-pratiques*, Enero, 1847.

(5) Boinet, *Du traitement de l'ascite par les injections iodées*, séances de la Société de chirurgie de Paris (*Union médicale*, 18 Mayo, 1850, p 243); *Iodothérapie, ou De l'emploi médico chirurgical de l'iode et de ses composés*. Paris, 1855.

(6) Leriche, *Traitement de l'hydrophisie ascite par les injections iodées* (*Union médicale*, 7 et 9 Febrero 1850, p. 65), et *Traité pratique des hydropisies des grandes cavités closes* (*Journal de Bruxelles*, 1854, t. I).

animales y estudiado en diferentes monografías (1). Cuenta algunas faltas de éxito sacadas de la práctica de Bazin, de Paris, y de Teissier de Lion. H. Gintrac aconseja, para ponerse al abrigo de los accidentes, ajustarse á las precauciones tomadas por Teissier é indicadas por Philippeaux (2).

Las autopsias hechas demuestran que la ascitis cura en los casos tratados por estas inyecciones, por la peritonitis con adherencias generalizadas y una especie de obliteracion de la cavidad serosa, como sucede con la pleura, túnica vaginal, etc. (3).

Belmas ha propuesto introducir en el peritoneo un saco de *película de tripa de buey*, vacío que se infla ó llena de líquido de manera que llegue á irritar, segun se crea conveniente, mayor ó menor extension de la serosa; pero este medio no ha sido aun sancionado por la experiencia.

Resúmen y prescripciones.—En vista de lo que precede, los medios mas eficaces en el tratamiento de la ascitis son los diuréticos, los purgantes, los sudoríficos, y en los casos raros de ascitis por irritacion las emisiones sanguíneas.

Prescripcion 1.ª—*En un caso de ascitis por irritacion secretoria.*

1.° Para bebida usual, simples infusiones emolientes.

2.° Sangrías generales mas ó menos repetidas, segun la fuerza del enfermo, sanguijuelas en número de veinte, treinta ó cuarenta al abdómen.

3.° Ligeros diuréticos, como por ejemplo, el nitrato de potasa á la dósis de 1 á 2 gramos (18 gramos á $^1/_2$ dracma) por 500 gramos (una libra) de líquido.

4.° Purgantes suaves.

5.° Régimen severo, y dieta en un principio.

Prescripcion 2.ª—*En un caso de ascitis sin irritacion, y sin que se pueda atribuir á una lesion orgánica.*

1.° Para bebida, infusion de flor de saúco, de borraja, etc.

2.° Diuréticos interior y exteriormente.

3.° Purgantes drásticos.

4.° Preparaciones ferruginosas.

Recordaré que si se observa tendencia á la aparicion de un flujo

(1) Henri Gintrac, ASCITE, bibliographie, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1865.

(2) Philippeaux, *De la valeur des inject. iodées, etc. (Bull. gén. de thérap.*, 1853, t. XLV, p. 145).

(3) V. Vigla, *Ascite traitée par l'injection iodée. Autopsie (Moniteur des hôpitaux*, 1853, p. 195).

crítico, es menester apresurarse á favorecerle por los medios anteriormente indicados.

Resúmen.—Emisiones sanguíneas, diuréticos interior y exteriormente, purgantes, vomitivos, sudoríficos, expectorantes, narcóticos, leche, iodo, medios diversos, compresion, revulsivos, escarificaciones, paracentesis é inyecciones, en particular inyecciones iodadas.

ARTÍCULO IV.

HÍDROPESÍA ENQUISTADA DEL PERITONEO.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La hidropesía enquistada del peritoneo es una afeccion muy rara que consiste en la formacion de un saco, con frecuencia muy considerable, situado en el peritoneo, pero sin comunicar con su cavidad, y que contiene una serosidad por lo comun trasparente, que empuja el paquete intestinal hácia el lado opuesto á aquel en que se ha formado. Ya hemos visto que se forman estos sacos en la cavidad del pecho, y Meniere ha establecido como ley que las cavidades accidentales de este género están situadas al exterior mismo de la cavidad natural; pero este hecho no está todavía puesto fuera de duda, y en cuanto á la lesion de que trata aquí, diré que he visto en la sociedad anatómica un ejemplo de hidropesía enquistada del peritoneo en el cual parecia evidente que se hallaba contenida la serosidad en gruesas falsas membranas, segregadas por el mismo peritoneo. El enquistamiento del líquido peritoneal en la cavidad serosa se encuentra con bastante frecuencia en las peritonitis de orígen tuberculoso. Empis (1) refiere un ejemplo notable.

§ II.—Diagnóstico y pronóstico.

Los quistes del peritoneo ocupan en el abdómen un punto indeterminado. En ellos nunca se ve acumularse poco á poco un líquido y elevarse de las partes declives hácia las superiores. Las falsas membranas, formándose preliminarmente, producen en una extension considerable del vientre, y casi siempre en un solo lado, la tumefaccion y el sonido á macizo; despues la fluctuacion viene á ocupar el mismo punto, al paso que los intestinos que se reconocen por su sonoridad se ven rechazados hácia el otro lado y á una altura muy variable, segun los casos, lo que depende de la posicion y de la extension del quiste. Comparando estos signos con los de la ascitis, se comprenderá fácilmente toda la diferencia.

(1) S. Empis, *De la granulie*. Paris, 1865, p. 198. Voyez aussi page 273.

§ III.—Tratamiento.

Las paredes del quiste son á veces muy gruesas; en la paracentesis no se debe temer que penetre profundamente el trócar, y las inyecciones son mas aplicables á los casos de esta especie que á la ascitis.

ARTÍCULO V.

TIMPANITIS PERITONEAL.

Este accidente es sumamente raro, y sobreviene á consecuencia de lesiones mortales; solo conozco tres casos bien auténticos de este género, el uno recogido por Fiaux, en la clínica de Rayer, en 1839: el enfermo presentaba *una perforacion del duodeno*, de donde habian penetrado los gases en el peritoneo. El segundo caso es mas curioso, y fué observado por Richard y Duhordel (1). Se trataba de un *absceso del pulmon* y no de una gangrena, como creian los autores. El *diafragma habia sido perforado consecutivamente, y el aire pasaba de los bronquios á la cavidad peritoneal.*

El doctor Miguel Levy (2) ha visto en el tercer caso efectuarse una acumulacion de gas en el peritoneo, sin haber ninguna perforacion intestinal.

Al segundo caso, añadiremos el hecho ya citado de Bonamy, en el cual el diafragma habia sido perforado á consecuencia de una peritonitis expontánea; se habia formado una fístula pleurobronquial que conducia el aire al vientre. Se percibia en el lado derecho del pecho un soplo anfórico profundo, que parecia venir del abdómen; á cada respiracion se producia en esta cavidad un zurrido manifiesto.

Diagnóstico.—Se conoce que la timpanitis ocupa el mismo peritoneo en la sonoridad uniforme y extremada de toda la pared abdominal, en su elasticidad en todos los puntos, de manera que no se puede determinar por la percusion ni por la palpacion (á lo menos cuando son ligeras) la posicion de los órganos parenquimatosos. En esta timpanitis se puede aumentar el volúmen del vientre de una manera prodigiosa, y esto es lo que aconteció en el caso citado por Richard y Duhordel.

Es verdad que se ha hablado mucho de *cánceres* que ocupan diversos puntos de su extension, de *quistes del epiplon* y de algunas otras lesiones, pero estas lesiones son raras, mal conocidas, y no ofrecen nada que pueda interesar para la práctica.

(1) Duhordel, *Tympanite suivie de perforation du diaphrame (Journal des connaissances médico-chirurgicales*, Noviembre, 1842, p. 190).

(2) Michel Lévy, *Notes sur un cas de tympanite péritonéale (Gazette médicale de Paris*, 1848, p. 791).

CAPÍTULO VI.

ENFERMEDADES DEL MESENTERIO.

Solo en casos del todo excepcionales presenta el mesenterio afecciones independientes de cualquier otro estado morboso, esto es, enfermedades idiopáticas.

Es verdad que se ha hablado de una *inflamacion aguda*, y de una *inflamacion crónica* del mesenterio; pero cuando se examina en los autores (1) lo que se ha escrito sobre esta materia, se ve que han tenido presentes afecciones secundarias, tales como la inflamacion de los gánglios mesentéricos, por ejemplo, en la fiebre tifoidea, ó degeneraciones crónicas que se han desarrollado á consecuencia de otras degeneraciones semejantes en los intestinos ó en otra parte.

ARTÍCULO ÚNICO.

CARREAU.

La anatomía patológica de esta afeccion del mesenterio, estudiada principalmente por Morgagni, es la que ha tenido hasta estos últimos tiempos cierto grado de exactitud. Sin embargo, citaré la Memoria de Baumes (2), que fué premiada por la Sociedad de medicina de Paris, como el principal Tratado que se ha publicado acerca de la atrofia mesentérica antes de las investigaciones modernas. Los artículos recientes de los Diccionarios y el Tratado de Rilliet y Barthez (3) nos han suministrado conocimientos mas exactos sobre la afeccion de que nos ocupamos.

El *carreau*, que no es otra cosa que la *tuberculizacion de los gánglios mesentéricos* rara vez es mas que una afeccion idiopática. Guersant (4) dice formalmente que ha encontrado siempre en los casos de muerte, además de los tubérculos mesentéricos, otras afecciones graves que habian ocasionado la terminacion fatal, y bajo cuya influencia se habia producido la atrofia mesentérica. Rilliet y Barthez nunca han encontrado los tubérculos limitados al mesenterio, y esto mismo se deduce de la descripcion dada por los autores del *Compendio*, aunque no se halle expresada claramente.

(1) Véase en particular J. Frank, *Praxeos universæ præcepta*.
(2) Baumes, *Recherches sur la maladie du mésentère, etc.* Nimes, 1788; *De l'amaigrissement, etc.* Paris 1806.
(3) Bouchut, *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*. Paris, 1862.
(4) Guersant, *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, art. CARREAU.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se da el nombre de *carreau* á cierta tuberculizacion de los gánglios mesentéricos, pero no á toda especie de tuberculizacion. Para que la produccion de tubérculos en los gánglios del mesenterio merezca el expresado nombre, es necesario que los tubérculos sean voluminosos, que constituyan tumores considerables, produciendo así un desarrollo manifiesto del vientre. Bien se echa de ver cuán mal definida se halla esta enfermedad, puesto que el mayor ó menor grosor de los tubérculos no puede cambiar su carácter.

No mencionaré aquí todos los nombres dados al *carreau*, y solo me limitaré á recordar los siguientes: *lamparones mesentéricos*, *fisconía*, *emphrasia mesentérica*, *enteromesenteritis* y *tubérculos del mesenterio*. Este último nombre sería el mas conveniente, pero se halla mas generalizado el de *carreau*.

Es muy corto el número de enfermos que presentan en su mesenterio tumores tuberculosos bastante desarrollados para merecer el nombre de *carreau*.

§ II.—Causas.

Las mas veces se desarrolla esta enfermedad bajo la *influencia de la tuberculizacion general*, y que *los enfermos sucumben* ordinariamente por los progresos de los *tubérculos pulmonares*.

Segun las investigaciones de Rilliet y Barthez, se manifiesta la atrofia mesentérica de los *cinco á los diez años*, y es sumamente raro verla aparecer antes de los tres años. Tambien se la ha observado en las demás edades de la vida, pero con poca frecuencia, y se la encuentra algo mas á menudo en los *niños del sexo masculino*. Los tubérculos del mesenterio no se producen bajo la influencia de las ulceraciones intestinales. Bouchut ha notado lo contrario; atribuye una gran importancia, como causa determinante, á los accidentes intestinales, y segun él, en los niños, mas que en ninguna otra edad, la flegmasía crónica de un tejido es una causa de tuberculizacion de las partes enfermas, de las serosas inmediatas y de los gánglios linfáticos correspondientes. Este modo de ver es racional; sin embargo, es necesario que en semejante caso se añada á la inflamacion crónica el elemento desconocido que constituye la diátesis. En cuanto á las malas condiciones higiénicas, á la alimentacion insuficiente, etc., son causas que corresponden á la tuberculizacion en general, de las que no debemos ocuparnos aquí.

§ III.—Síntomas.

Los síntomas propios del *carreau* son muy poco numerosos y poco importantes.

Se diferencian segun que la enfermedad es ó no indolente. En el *primer caso* se observa un desarrollo mas ó menos considerable del vientre, y si se examina atentamente esta cavidad se encuentran en ella *tumores* mas ó menos voluminosos, que están situados principalmente á lo largo de la columna vertebral y alrededor del ombligo, pero que pueden desarrollarse de una manera muy irregular. Estos tumores son duros, abollados, indolentes á la presion, y dan un sonido á macizo cuando se los percute. Se han citado algunos hechos, y Guersant ha indicado los principales, en los que se ha conservado la salud con desarrollo sumamente notable de tubérculos en los gánglios mesentéricos, y esta es una de las mayores pruebas en favor de la opinion que considera los síntomas funcionales atribuidos á la atrofia mesentérica como dependientes casi todos de otra afeccion, y especialmente de la tísis pulmonar ó bronquial.

En el *segundo caso* el único síntoma verdaderamente importante es el *dolor*, y este es sumamente raro, puesto que Rilliet y Barthez no han encontrado el vientre doloroso mas que una sola vez.

Nada se observa de notable en el *conducto digestivo*. Algunas veces se nota la *dilatacion de las venas del vientre*, la *anasarca* y algo de *derrame en el peritoneo*. Estos fenómenos son debidos á la compresion de los gruesos troncos venosos abdominales.

Todos los demás síntomas, como el enflaquecimiento, la tos, la dispepsia, los vómitos, la diarrea, etc., deben considerarse como extraños al carreau y como producidos por la afeccion primitiva.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* del carreau es esencialmente crónico. Pueden acelerar su curso diversas afecciones: tales son á veces las flegmasías, pero las mas los enfermos sucumben á los progresos de la enfermedad, de la cual es el carreau solo una lesion secundaria; por consiguiente la *duracion* de esta enfermedad es indeterminada. En cuanto á la *terminacion*, los hechos citados por Guersant prueban que los tubérculos mesentéricos no son por sí mismos muy peligrosos; pero repito, su presencia indica la existencia de otra afeccion tuberculosa mortal, y en primer lugar de la tísis pulmonar. Sin embargo, Rilliet y Barthez han citado un hecho que prueba que puede resultar un grave accidente de la misma tuberculizacion mesentérica. Un gánglio tuberculoso reblandecido produjo la perforacion del intestino, por la cual se vació en su cavidad. Se concibe que diversos accidentes de hemorragias, y peritonitis por perforacion, como lo hace notar Bouchut, pueden producir la terminacion fatal.

§ V.—Lesiones anatómicas.

En los primeros grados se nota la hipertrofia de los gánglios del mesenterio, que son pálidos, rojos ó violáceos. Forman una superficie rugosa, desigual y como un *enladrillado* ó *embaldosado*, de lo cual viene el nombre dado á la enfermedad. Un poco mas tarde se les halla congestionados. La alteracion anatómica esencial de esta enfermedad es la presencia de tubérculos del tamaño de una castaña, y algunas veces mayores, y rara vez menores, con diversos grados de consistencia ordinariamente crudos y solo algunas veces un poco reblandecidos, y que pocas veces dan lugar á una escavacion. Algunas veces se han visto casi todos los gánglios mesentéricos invadidos por las producciones morbosas, formando una enorme masa abollada, irregular, que enciertos casos hace inmóvil el mesenterio. Los caractéres del tubérculo son allí los mismos que en cualquier otra parte, á excepcion de que no se encuentran en los casos de que aquí se trata las granulaciones grises semitrasparentes. La razon de esto es que están demasiado adelantados los tubérculos, pues se sabe que en otros casos se ha encontrado la granulacion tuberculosa en los gánglios mesentéricos. La histologia moderna ha encontrado otra explicacion, cuya exposicion traspasaria los límites de este libro, para la cual remitimos á las obras especiales de Virchow (1) J. A. Villemin (2), etc. Segun estos autores, la materia *caseosa* de los gánglios no será tubérculo, sino un simple producto de inflamacion. Se hallan tubérculos mas ó menos adelantados en los demás órganos, y sobre todo en los pulmones; en cuanto á las demás lesiones descritas por algunos autores, no corresponden, propiamente hablando, al *carreau*.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

No es el *diagnóstico* de los tubérculos del mesenterio el mas interesante, sino el de la afeccion primitiva; sin embargo, si se pudiera reconocer la primera cuando el diagnóstico de la segunda estuviese rodeado de dificultades, se habria conseguido una ventaja importante, puesto que se podria admitir la existencia de esta última, pues como hemos visto, por el diagnóstico de la peritonitis crónica se forma el de la tisis pulmonar.

Las enfermedades que pudieran confundirse con el *carreau* son: la *peritonitis crónica*, que se distingue de ella por el dolor, la fluctuacion y el meteorismo; los *tumores del hígado y del bazo*, cuyo asiento es diferente y cuyos límites se [illegible]eden reconocer por la per-

(1) R. Virchow [illegible] *[illegible]ie cellulaire*, [illegible]rd. Paris, 1861.
(2) J. A. Ville[illegible] *[illegible]ule*. Paris, [illegible]v.

cusion y la palpacion, y en fin, los tumores de los demás órganos. Estas diversas afecciones formaban en otro tiempo parte de un estado morboso designado con el nombre genérico de carreau, y de allí proviene, como he manifestado ya, la vaguedad de las descripciones anteriores á estos últimos años. Algunos niños estreñidos, dice Bouchut, tienen materias estercoráceas endurecidas en el intestino, lo cual forma tumores duros, ó *escíbales*, que se podrian tomar por gánglios mesentéricos. Estos están en el *medio del vientre*, ó debajo del ombligo, mientras que los *escíbales* ó tumores estercoráceos están á los lados y sobre todo en la S iliaca del colon.

El pronóstico es muy grave. Esta afeccion es casi siempre incurable.

§ VII.—Tratamiento.

Se deben dirigir los medios terapéuticos, no contra los tubérculos mesentéricos, cuyo desarrollo es por sí mismo poco grave, sino contra la enfermedad primitiva, y que en concepto de los principales autores, los medios con que se combate el carreau *son los que se emplean en la tísis pulmonar*. Sin embargo, haré notar que el carreau es, entre todas las demás tuberculizaciones, aquella cuya causa general mas se ha atribuido al *vicio escrofuloso*. Por consiguiente debo remitir al lector tambien al tratamiento de las escrófulas, y en particular al que ha propuesto Negrier (1), quien desde la publicacion de su primera Memoria ha obtenido nuevos y numerosos resultados felices (2). Bouchut aconseja tambien los revulsivos, y en particular las pomadas iodadas y la tintura de iodo sobre el abdómen.

(1) Négrier, *Traitement par les préparations de feuilles de noyer (Archives générales de médecine*, 3.ª série, t. X. p. 397; t. XI, p. 41).
(2) Véase ESCRÓFULAS, tomo I.

LIBRO NOVENO.

ENFERMEDADES DE LAS VIAS GENITOURINARIAS.

Algunos autores, antes de Morgagni, habian publicado ya interesantes hechos de anatomía patológica, y este médico célebre ha citado cierto número de ellos que han derramado nueva luz sobre la patologia de los órganos génito-urinarios. Este ejemplo ha sido en seguida imitado por muchos autores, pero se puede decir que solo en estos últimos años es cuando se han estudiado las afecciones de los riñones con todo el esmero que era de desear, y con este motivo debo repetir aquí lo que he dicho en un tratado publicado en 1842 (1), respecto de las afecciones renales, cuya descripcion voy á presentar. «Las enfermedades de los riñones, decia yo al principio, han llamado muy particularmente la atencion de gran número de observadores. Desde que el doctor Bright dió á conocer las relaciones que existen entre una afeccion particular de este órgano y ciertas hidropesías, que desde Cotugno hasta él se habian señalado sin referirlas á ningun estado orgánico determinado, se entregaron los médicos con el mayor ardor al estudio de las afecciones renales. Pero hasta Rayer (2) los autores no habian abrazado estas afecciones en su conjunto, y habian limitado sus investigaciones á algunas de ellas y á las modificaciones de la orina en un número mas ó menos grande de enfermedades diversas. La via tan largamente descubierta por Bright y Rayer no debia abandonarse mas. Fisiólogos eminentes, á cuya cabeza es de justicia colocar á Claudio Bernard (3), han estudiado las funciones de los riñones, y las han esclarecido llevando á ellas una nueva luz. Ha sido estudiado experimentalmente todo lo que se refiere á la influencia de la alimentacion sobre la composicion de la orina, á las condiciones que favorecen la excrecion de la albúmina, á la retencion y trasformacion de la urea en la sangre y á su expulsion de la economía. La medicina, caminando con paso muy seguro, apoyada en los datos positivos de la fisio-

(1) Bright, *Archives générales de médecine*. 1842, 3.ª série, t. XV, p. 59, 249.

(2) Rayer, *Traité des maladies des reins considérés dans leurs rapports avec la sécrétions urinaire*. Paris, 1836, 1840, 1841, 3 vol. in-8, avec atlas de planches coloriées.

(3) Claude Bernard, *Leçons sur les propriétés et altérations des liquides de l'organisme*. Paris, 1859.

logia, de la química patológica y de la histologia, ha edificado sobre bases sólidas la patologia renal. No todo está hecho, bien ciertamente; la teoría aun ocupa el lugar de la verdad demostrada, pero no se pueden dejar de reconocer los servicios prestados por los trabajos importantes de Wilson (1), que en 1833 fundó la teoría de la uremia; de Frerichs (2), que atribuye los accidentes cerebrales de la albuminuria á la intoxicacion de la sangre por el carbonato de amoniaco; de Simpson (3), de Landouzy (4), sobre la *amaurosis albuminúrica;* de Blot (5), sobre la *albuminuria de las mujeres en cinta;* de Imbert-Gourbeyre (6), sobre el mismo objeto. La albuminuria ha suscitado otros muchos trabajos que tendremos, con frecuencia, ocasion de recordar. Por el momento, es bastante hacer una mencion especial de los trabajos en conjunto, en donde todas las doctrinas son apreciadas con verdadero talento.

Becquerel (7), Lorain (8), Beale (9), Jaccoud (10), Gubler (11), Roberts (12), Leroy (d'Etiolles) hijo (13), han dejado á sus sucesores la tarea fácil, presentando el estado actual de la ciencia en monografías tan concienzudas como hábilmente elaboradas.

Esta parte importante de la patologia se podria dividir en dos secciones, de las cuales una comprenderia las afecciones de las vias urinarias, y la otra las del aparato genital. Pero esta division, que parece tan sencilla á primera vista, presenta, sin embargo, dificultades, porque hay enfermedades que tienen su asiento en partes comunes á estos dos aparatos. Por consiguiente, me contentaré con describirlas á medida que se presenten en los diversos órganos, empezando por los riñones.

(1) Wilson, *On fits and sudden Death in connexion with Disease of the Kidney (Lond. med. Gazette.* 1833).
(2) Frerichs, *Die Brightsche Nierenkrankheit.*, 1851.
(3) Simpson, *Med.-chirurgical Transactions*, 1846.
(4) Landouzy, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1849.
(5) Blot, *De l'albuminurie des femmes enceintes*, thèse 1849.
(6) Imbert-Gourbeyre, *De l'albuminurie puerpérale et de ses rapports avec l'éclampsie (Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, 1856).
(7) Becquerel, *Sémiotique des urines, ou Traité des altérations de l'urine dans les maladies.*
(8) Lorain, *De l'albuminurie*, thèse pour l'agrégation, 1860.
(9) Beale, *De l'urine, des dépôts urinaires et des calculs*, traduction par Ollivier et Bergeron, Paris, 1865.
(10) Jaccoud, thèse inaugurale, 1860, et article ALBUMINURIE du *Nouveau Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.* Paris, 1864, t. I.
(11) Gubler, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.* Paris, 1865.
(12) Roberts, *Urinary and Renal Diseases.* London, 1865.
(13) Leroy (d'Étiolles), *De la gravelle et des calculs urinaires*, 1864-1866.

CAPÍTULO I.

ENFERMEDADES DE LOS RIÑONES.

Vemos ya á Hipócrates (1) dividir las afecciones de los riñones en cuatro especies, entre las cuales las arenillas, los cálculos renales y la pielitis purulenta llaman la atencion por la precision con que están indicadas. Despues siguen los escritos de Rufo (2), de Galeno, de Areteo (3) y de una larga série de autores, que como Hipócrates se han limitado á hacer breves descripciones de los cálculos y de los dolores renales, febriles ó no, hasta que por último, como he dicho mas arriba, el estudio métódico de las alteraciones de los órganos y de la orina hayan permitido entrar en mas circunstanciados detalles, que es lo que ha hecho Rayer especialmente en todas las enfermedades de los riñones.

Estudiaremos las afecciones de la sustancia propia del riñon, y despues pasaré á la de los conductos urinarios, lo que nos conducirá naturalmente á tratar de las enfermedades de la vejiga, depósito adonde vienen á acumularse el producto de la secrecion renal. Las enfermedades del parénquima de los riñones de que aquí se trata son las siguientes: *apoplegia renal*, *nefritis simple aguda*, *nefritis simple crónica*, *nefritis reumática* y *gotosa* (admito la nefritis reumática porque las investigaciones anatómicas han hecho ver que daba lugar á una produccion morbosa particular); enfermedad de *Brihgt* ó nefritis albuminosa, *cáncer*, *tubérculos de los riñones*, *acefalocistes*, *quistes acuosos* y *lombrices renales*. No incluyo en esta primera parte ni el *cólico nefrítico*, porque forma parte de la historia de los cálculos renales que tienen su asiento en los conductos urinarios, ni la *diabetes*, cuyo asiento es todavía muy incierto, y que encontrará mas naturalmente su oportuno lugar al fin de esta seccion, como una enfermedad debida á una alteracion de la secrecion urinaria, que resulta de otras alteraciones funcionales.

ARTÍCULO PRIMERO.

APOPLEGÍA RENAL.

Solo se ha admitido esta afeccion por el resultado de las investigaciones anatómicas. Rayer (4) ha citado algunos ejemplos, pero los síntomas faltan completamente.

(1) Hippocrate, *Œuvres complètes d'Hippocrate*, traduites par Littré. Paris, 1850, t. VII: *Des affections internes*.
(2) Rufus, *De vesicæ renumque affect.*
(3) Arétée, *De causis et sign. diuturn. morb.*: *De ren. affect.*
(4) Rayer, *Traité des maladies des reins*, t. III, p. 329.

«Pueden encontrarse equímosis, dice Rayer, en las sustancias cortical, en la tuberculosa y en la pélvis del riñon.

»Tambien se observan infiltraciones sanguíneas en el tejido celular de la hendidura del riñon y de la pélvis.

»La hemorragia de los riñones se manifiesta algunas veces bajo una forma muy notable, es una especie de *apoplegía renal*. En la superficie externa del riñon afectado se perciben ciertas eminencias nudosas, irregulares y abolladas, unas de un color negro oscuro, otras de color anteado mas ó menos puro ó abigarrado de partículas negras. Todas ó casi todas estas eminencias están rodeadas de líneas de color pardo oscuro. Con el tiempo la sustancia del riñon parece invadida é hinchada por sangre negra. Su tejido es granugiento, en ninguna parte se perciben coágulos sanguíneos ni vacíos que resulten de la absorcion del líquido. La sangre está infiltrada y combinada con la sustancia renal.

Infiltrada así la sangre en el riñon adquiere mas tarde un aspecto amarillento, análogo al de los depósitos fibrinosos que se encuentran en el bazo. Esta alteracion amarilla, que ocupa principalmente la sustancia cortical, está entonces rodeada por una línea roja irregular. En algunos parajes se hallan pequeños islotes amarillentos, aislados de las masas principales. No es posible exprimir el pus de estas masas, y el humor que se obtiene por la presion presenta las mas veces al microscopio una porcion de pequeños glóbulos sanguíneos, pero no glóbulos purulentos.

¿En qué circunstancias se producen estas alteraciones? ¿Cuáles son los síntomas á que dan orígen?

No hay respuesta categórica posible á estas diferentes cuestiones. Las hemorragias capilares que acompañan toda especie de inflamacion aguda del parénquima de los riñones, se derraman ordinariamente en el interior de los tubos, y salen con las orinas. Sin embargo, pueden infiltrar de gránulos hepáticos los epitelios y las cápsulas de Malpigio. Hay tubos fibrinosos cilíndricos en los canalículos fáciles de reconocer y de un cierto valor para el diagnóstico del orígen de la hemorragia (1). ¿Qué valor puede darse á los signos diagnósticos invocados por Roberts (2)? Segun él, la sangre que proviene de los riñones se difunde de una manera igual en la orina; la comunica un tinte rojizo, ó un *tinte de humo* particular, y por el reposo se depositan grumos de color de chocolate. La sangre vertida por otras partes de las vias urinarias debajo del riñon (uréter, vejiga, uretra), comunica á la orina un color rosa ó bermellon, y frecuentemente se encuentran coágulos particulares. Estos síntomas, como se ve, están lejos de ser suficientes, y están deducidos de la teoría mas bien que de la observacion directa. Una apoplegía renal casi

(1) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et speciale*, 1861, t. II, p. 350.

(2) Roberts, *Urinary and Renal Diseases*. London, 1865, p. 97.

nunca será reconocida sino por la autopsia, por lo mismo que es una afeccion muy rara. Cruveilhier (1) solo la ha visto dos veces, y aun en estas dos veces era secundaria de una enfermedad general. En efecto, las hemorragias renales no son jamás primitivas. Otro tanto diremos de la *hiperemia renal*, que no se observó sino como lesion secundaria, ó como el primer efecto de la inflamacion. Además, su historia pertenece de derecho al artículo ALBUMINURIA. Ya sea que á consecuencia de la congestion, el aumento de presion de la sangre en los vasos sea susceptible por sí solo de determinar el paso de la albúmina á las orinas, ó porque este paso tenga lugar, ya sea que una alteracion concomitante de las células de los canalículos sea necesaria (2), lo cierto es que la hiperemia renal juega un papel importante en la produccion de los fenómenos secundarios de las fiebres graves (escarlatina y tifoidea) (3), pero no existe jamás aislada, y su descripcion pertenece á la patologia general.

ARTÍCULO II.

NEFRITIS SIMPLE AGUDA.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Solo se debe dar el nombre de *nefritis simple* á aquella que siendo producida por una causa cualquiera, no deja despues de la muerte mas que los productos ordinarios de la inflamacion, es decir, la rubicundez, la hinchazon, el reblandecimiento y la supuracion. De esta manera descartamos la *nefritis reumática* y *albuminosa*, y quizás algunas otras, sobre las cuales no podemos explicarnos todavía, porque es preciso estudiarlas antes con cuidado. No es exacto el designar bajo el nombre de *nefritis simple* (4) á toda inflamacion parcial ó general de la sustancia del riñon cualquiera que sea la causa, sino seria necesario considerar como simples las nefritis albuminosa y reumática, cuyos caractéres bastante manifiestos permiten una descripcion aislada. Sin embargo, Lebert (5), instruido con los bellos descubrimientos de Virchow sobre la inflamacion parenquimatosa, reconoce que la enfermedad de Bright no puede separarse de las afecciones inflamatorias, y que no hay límite posible entre la nefritis simple y la nefritis albuminosa. Si, no obstante, reconocemos

(1) J. Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*, 1832, t. IV, p. 230

(2) Cornil, *Sur les lésions anatomiques du rein dans l'albuminurie*, thèse de Paris, 1864, p. 2.

(3) Samuel Chedevergne, *De la fièvre typhoïde et de ses manifestations congestives; inflammations hémorrhagiques*, thèse inaugurale, 1864, p. 71.

(4) Monneret et Fleury, *Compendium de médecine*, t. IV, p. 154.

(5) Lebert, *Traité d'anatomie patholog[illegible]ale et spéciale, ou Description et iconographie patho[illegible] des affections [illegible] liquides que solides observées dans le corps hu[illegible]* [illegible]861, t. II

que la inflamacion simple de los riñones tiende frecuentemente á la purulencia, y que las otras dos no pasan jamás de la hiperemia y de la hiperplasia celular, nos veremos obligados á mantener la division que hemos indicado.

Esta afeccion ha recibido los nombres de *nefritis*, *fiebre nefrítica*, *inflamacion de los riñones*, *nephricia* y tambien el de *cólico nefrítico*, porque, como he dicho anteriormente, todas las enfermedades de los riñones que producen síntomas agudos han sido descritas como verdaderas nefritis.

La *frecuencia* de la nefritis simple no es grande: lo que hay de mas notable es la suma rareza de la nefritis aguda simple desarrollada expontáneamente, la cual es tal que Chomel ha llegado á dudar de la existencia misma de esta enfermedad. «Cuando se han consultado, dice, las diversas colecciones de observaciones y leido las diferentes obras relativas á las enfermedades de los riñones, se encuentra tan frecuentemente la nefritis desarrollada por causas directas, tales como un golpe, una herida, y sobre todo por la presencia de cálculos en las pélvis de los riñones ó en los uréteres, ó por cualquiera otro obstáculo al curso de la orina, que se puede preguntar si los riñones no estarian por su extructura, posicion ó cualquiera otra condicion desconocida, al abrigo de estas inflamaciones que hemos llamado expontáneas, porque no conocemos las causas que las producen, y expuestos solamente á las inflamaciones ya accidentales, ya sintomáticas.» La idea expresada por Chomel se presenta, en efecto, naturalmente á la imaginacion, y sin embargo, en vista de cierto número de observaciones no se puede conservar semejante duda; así, pues, este autor se apresura á añadir: «A pesar de la distincion admitida por todos los autores de una nefritis calculosa y de una nefritis esencial, cierto número de observaciones relativas á la supuracion de los riñones, en las cuales no se hace mencion de la presencia de los cálculos, y algunos hechos muy raros en los que autores fidedignos indican de una manera expresa la falta de estos cálculos, no permiten negar la existencia de la nefritis expontánea.....» En la obra de Rayer se refieren algunos ejemplos de nefritis expontánea, aunque son poco numerosos. La nefritis por violencia externa ó nefritis traumática es la mas frecuente; pero la que casi siempre se observa es la inflamacion de los riñones producida por cálculos urinarios.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—No hay duda de que generalmente hablando, la enfermedad de que aquí se trata es mucho mas frecuente en la *edad* adulta y en la vejez que en la infancia; sin embargo, es preciso hacer una distincion sobre este punto: la nefritis causada por la presencia de cálculos ó nefritis calculosa es relativamente me-

nos rara en la segunda infancia que las demás especies, lo cual depende de que como todos saben la formacion de cálculos en las vias urinarias es bastante frecuente en esta época de la vida, y por la misma razon los ancianos están mas expuestos que los adultos á esta especie de nefritis.

Rayer ha tratado de estudiar la influencia que ejerce el *sexo* en esta enfermedad, pero por desgracia ha confundido al apreciar las causas, la *nefritis aguda* y la *nefritis crónica*, contentándose con estudiar separadamente sus síntomas. Por lo demás, dice que los hechos que ha podido reunir son insuficientes para resolverlo, y Chomel no hace mencion de esta causa predisponente. En resúmen, aunque se crea que la nefritis aguda es mas frecuente en los hombres que en las mujeres, este es un hecho que no se halla demostrado.

Tampoco se han hecho suficientes investigaciones acerca de la influencia que tienen la *constitucion* y el *temperamento*.

«En cuanto á la frecuencia de la nefritis simple (1) en los diferentes *climas*, dice Rayer, es mas difícil aun formar una opinion fija, porque se carece de datos comparativos recogidos con esmero en cierto número de puntos; por lo tanto acogeré con extremada reserva algunas observaciones particulares que se han tratado de generalizar. Así, pues, se ha dicho que la nefritis y las afecciones calculosas eran mas comunes en los paises frios y húmedos que en los cálidos; pero por otro lado se sabe que la arenilla úrica, la hematuria y los cólicos nefríticos son endémicos en la isla de Francia, situada bajo los trópicos.»

El mismo autor se expresa así respecto á la opinion que admite la mayor frecuencia en el riñon izquierdo que en el derecho. «Es, dice (2), una opinion muy antigua fundada en un corto número de observaciones, que el riñon izquierdo está mas expuesto á la inflamacion que el riñon derecho; pero los cálculos en que se funda esta asercion deben repetirse en mayor escala.» En once casos observados por Louis y cuyo resúmen me ha trasmitido Cossy, la nefritis sobrevino siempre *en el curso de otras enfermedades*, y ocupaba los *dos riñones*.

Bien se echa de ver que no hay mas que incertidumbre acerca de las causas predisponentes que acabamos de examinar. Lo mismo sucede respecto á la influencia de la *vida sedentaria*, á la *costumbre de permanecer mucho tiempo en la cama*, de *acostarse en colchones de pluma* ó de *tener una alimentacion demasiado suculenta*, y aun de la *cualidad hereditaria*, condiciones citadas por Chomel, ateniéndose á los autores. Sin embargo, es preciso decir que en cuanto á lo que concierne á la *herencia*, se debe formar un juicio menos absoluto, porque, como veremos mas adelante, esta causa es una de las que se

(1) No se debe olvidar que Rayer habla á la vez de la nefritis aguda y de la nefritis crónica.

(2) *Lug. cit.*, t. I, p. 298.

observan en la etiologia de los cálculos urinarios que dan con mas frecuencia orígen que cualquiera otra condicion morbosa á la inflamacion de los riñones.

2.° *Causas ocasionales.*—Se ha observado con bastante frecuencia una nefritis por *violencia externa*, ó nefritis *traumática*. La enfermedad es entonces causada por una *contusion* del riñon, una *herida* de este órgano, violentas *sacudidas*, una fuerte *conmocion*, y aun, segun Rayer, por un *esfuerzo muscular*, en el cual se hayan contraido violentamente las paredes del vientre. Sin negar absolutamente la existencia de esta última causa, que por lo demás está reconocida por todos los autores, solo diré que no he encontrado ejemplos auténticos, y que en los casos de nefritis traumática citados por Rayer, hubo siempre una causa mas directa, como una *coz de un caballo*, una *caida sobre los riñones*, una *herida*, etc.

La nefritis producida por la presencia de un cálculo, ó *nefritis calculosa*, se asemeja á la precedente bajo el aspecto de la etiologia. En efecto, siempre se ejerce una violencia ó mas bien una *accion mecánica* sobre los riñones; solo que en los casos de cálculos estos cuerpos extraños ejercen su accion en el interior del mismo órgano, y comunicándose á la sustancia del riñon la irritacion y á veces la inflamacion que producen en los cálices y en la pélvis, resulta una nefritis mas ó menos profunda.

Tambien es preciso agregar á estas causas la *distension de los órganos por la orina* y *el pus*. En efecto, se encuentran gran número de ejemplos de este género en los que la inflamacion del riñon ha sido producida por un obstáculo mecánico variable, segun los casos; tales son: 1.° la presencia de un *cálculo que obstruye el uréter*; 2.° una *vegetacion* que produzca el mismo efecto; 3.° los *tumores* que comprimen este conducto; 4.° las *afecciones de la vejiga*, *del recto* y *del útero*; y 5.° en fin, segun Rayer, la *paraplegia* que determina la parálisis de la vejiga, y por consiguiente la acumulacion del líquido en las vias urinarias. La inflamacion del riñon complica muy frecuentemente las de la vejiga ó del uréter por via de propagacion. La observacion puede hacerse con mucha frecuencia en la cirujía del aparato urinario, sea despues de un cateterismo, sea despues de una operacion de litotricia, ó aun durante una cistitis aguda en el curso de una cistitis crónica. Generalmente se piensa hoy que estas son las nefritis que acometen á los enfermos atacados de afecciones de la vejiga y de la uretra. Mallez ha visto un caso muy notable. Nada mas frecuente que una nefritis simple despues de una mediana irritacion uretral ó vesical. Esta es una contraindicacion para toda operacion ó maniobra en la vejiga ó en la uretra.

La influencia de la paraplegia exige una explicacion: no será preciso creer que todas las veces que se encuentra una enfermedad de los riñones con una paraplegia, la segunda afeccion ha sido necesariamente la causa de la primera: el órden de subordinacion de los

fenómenos debe cambiarse en muchas circunstancias: resulta, en efecto, del buen trabajo de Raoul Leroy, de Etiolles (1), que las mismas nefritis pueden ser causas de paraplegia: cita muchas observaciones en que está bien probado que las enfermedades inflamatorias de los riñones han precedido á la paraplegia, la cual, además, no resulta de una alteracion de la médula, porque esta estaba sana en la autopsia. De lo cual concluimos que si la paraplegia puede determinar la nefritis, deteniendo el curso de las orinas, la nefritis misma, cambiando la naturaleza, ó mas bien estorbando la secrecion de las orinas, puede ocasionar la *paraplegia urémica*.

Otras causas obran de un modo directo, aunque menos inmediatamente; tales son en primer lugar *el uso de ciertos diuréticos*. «El *nitrato de potasa*, dice Rayer, administrado á dósis muy altas, ó tomado á dósis tóxicas, puede tambien producir la inflamacion de los riñones. Huzard ha comprobado experimentalmente este hecho en el caballo (2), y algunas observaciones hechas en el hombre tienden á confirmarle.» Se ve, pues, que la accion del nitrato de potasa, como causa de la nefritis, está solo fundada en hechos poco decisivos. Huzard, en la observacion citada, hizo sus experimentos en un caballo que padecia de muermo, es decir, en condiciones tales que se establece fácilmente la supuracion de los órganos; por consiguiente, estas condiciones eran mal escogidas. En cuanto á los experimentos en el hombre, que no han hecho mas que mencionarse, puede oponérseles todos aquellos de que hemos sido testigos en estos últimos tiempos, en los que se ha dado el nitrato de potasa á dósis muy considerables á los enfermos atacados de reumatismo articular agudo, y en los que no han dicho los autores que hubiese inflamacion de los riñones. Es verdad que tambien estos sugetos se hallaban en condiciones particulares. En suma, si la excitacion producida por los diuréticos nos permite suponer que llevada á cierto grado puede degenerar en una verdadera inflamacion, es preciso convenir que no tenemos una demostracion rigurosa para convencernos de ello.

No está mejor demostrada la accion del aceite de *trementina*, aunque las observaciones de F. Home (3), de Chopart (4) y de Martinet (5), citados por Rayer, hayan hecho ver que esta sustancia producia una excitacion mas ó menos viva de las vias urinarias, y una alteracion mas ó menos notable en la escrecion de la orina.

Los efectos de las *cantáridas* sobre el aparato urinario son bien conocidos de todos, y cuando lleguemos á tratar de la historia de las

(1) Raoul Leroy (d'Etiolles), *Des paralysies des membres inférieurs*, 1856, première partie, p. 15 et suiv.

(2) Huzard, *Expériences et observations sur les effets du nitre chez le cheval (Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, Enero, 1758).

(3) Home, *Medical facts and exp.* London, 1758

(4) Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*. Paris, 1821, t. II.

(5) Martinet, *Mémoire sur l'emploi de l'huile de térébenthine dans la sciatique*, etc. Paris, 1823.

enfermedades de la vejiga, volveremos á hablar de la accion de esta causa; pero en semejante caso, es preciso decirlo, las observaciones apropiadas para probar la realidad de su accion en la produccion de la nefritis, están muy lejos de presentar todas las condiciones necesarias. Rayer no cita mas de tres. En la primera (1) dice simplemente que los uréteres y los riñones estaban inflamados, sin que se haga mencion de la vejiga; en la segunda se trata de un tísico, al que se habia aplicado *hacia ya un tiempo indeterminado* un vejigatorio, y que durante el curso de su afeccion fué atacado de frecuentes ganas de orinar, con escrecion de orina escasa y difícil, y un dolor que se aumentaba por la presion al nivel del músculo cuadrado de los lomos del lado derecho, síntomas que se disiparon todos en muy pocos dias. ¿Habia en este caso algo mas que una simple escitacion en todo el aparato urinario? Y el dolor que tenia su asiento al nivel del riñon derecho, ¿basta para hacernos admitir este diagnóstico? Ya veremos mas adelante, al estudiar los síntomas y el curso de esta enfermedad, que estos signos no son suficientes. Por último, en la tercera observacion, tomada de Giacomini (2), se refiere al estado de las vias urinarias lo que copiamos á continuacion: «Apenas habia acabado de tomar las cinco octavas de grano de cantaridina... la orina era ya abundante, y la expelia libremente al principio; despues sintió el enfermo un dolor en el riñon derecho y un calor ligero en la uretra... Al medio dia... se suprimió completamente la orina, el enfermo se quejó de un dolor intenso en los riñones, en el trayecto de los uréteres y en la vejiga.» No creo que estos hechos obliguen en rigor á admitir la existencia de una inflamacion de la misma sustancia renal, y tanto mas que así en este último caso como en el precedente, y de una manera mas admirable todavía, se disiparon los síntomas con una estremada rapidez, lo que no se observa cuando se ha establecido realmente una inflamacion. Por lo demás, recordamos que los experimentos de Orfila, citados por el mismo Rayer, nunca han tenido por resultado la inflamacion de los riñones aunque se hubiese verificado el envenenamiento con los polvos, el principio volátil, el aceite verde, el extracto acuoso y el estracto alcohólico de cantáridas. Por último, en uno de los casos observados por Bouillaud (3), de los cuales hablaré en el artículo PIELITIS, y en que murió el enfermo, no se encontraron vestigios de inflamacion mas que en los cálices, en la pélvis y en los uréteres.

Se ha incluido entre las causas de la nefritis simple aguda la accion del *frio húmedo*, sobre todo si está el cuerpo sudando, y Rayer ha reunido algunas observaciones de las cuales la mayor parte presentan todos los síntomas de una inflamacion renal bien caracteriza-

(1) Rayer, Extrait de la *Gazette de santé*, Mayo, 1819.
(2) Giacomini, *Faits relatifs à la vertu thérapeutique de la cantharidine (Lancette française*. 1838*)*.
(3) Bouillaud, *Revue médico-chirurgicale de Paris*, Enero y Febrero, 1848.

da, y en particular citaré las de Sellier (1), Bressand (2) y Boullet (3). Sin embargo, es muy cierto que esta causa solo tiene una influencia muy limitada, porque la nefritis producida por ella es muy rara, y quizás se requiera la existencia de una predisposicion particular para que pueda producirla.

§ III.—Síntomas.

Al hacer la descripcion de los síntomas, es preciso distinguir la nefritis simple aguda, no producida por los cálculos urinarios, de la nefritis calculosa.

1.° *Nefritis no calculosa.—Invasion.*—«Sea que la nefritis aguda, dice Rayer, sobrevenga á consecuencia de una herida, de una contusion del riñon, de la impresion del frio y de la humedad, de la absorcion de sustancias ácres ó venenosas, de una retencion de orina, etc. su invasion está casi siempre marcada por un *escalofrio* mas ó menos prolongado. Cuando la enfermedad es ligera, cuando no ataca mas de uno de los riñones ó solo interesa algunos puntos de su superficie, puede ser ligero el escalofrio y pasar desapercibido.» Esta proposicion es bastante exagerada si nos atenemos á los hechos que cita el mismo Rayer. Efectivamente, no se halla mencionado el escalofrio en las nefritis traumáticas, ni en las nefritis agudas sobrevenidas sin causa conocida; y si una de las observaciones intituladas por Rayer *nefritis simple* con *síntomas cerebrales*, es notable por la violencia del escalofrio que hubo al principio, no es menos digno de llamar la atencion el que las otras dos tomadas de Abercrombie (4) no han empezado de esta manera. Lo que se debe decir en verdad es que en el menor número de casos la nefritis simple aguda empieza por un escalofrio mas ó menos violento, y que entonces generalmente anuncia una inflamacion intensa. En los demás casos el dolor es el primer fenómeno que se observa, luego siguen los trastornos de secrecion y de escrecion de la orina y los demás síntomas que vamos á describir. Los hechos que me ha comunicado el doctor Cossy me han hecho confirmar en esta opinion. La inflamacion de los riñones no se diferencia de la de los demás órganos, y el escalofrio nada presenta de particular.

La nefritis aguda ocasionada por una contusion ó una herida del riñon tiene de particular en su invasion que sobreviene en medio de los síntomas producidos por la herida ó la contusion, ó bien que despues de calmarse estos se manifiesta por los signos que le son propios. Algunas veces tambien presentándose esta enfermedad, como hemos visto ya, durante el curso de otras afecciones de las vias urinarias,

(1) Sellier, *Dissertation sur la néphrite.* Paris, 1832.
(2) Bressand, *idem*, thése. Paris, 1814.
(3) Boullet, *idem*, thése. Paris, año XII.
(4) Abercrombie, *The Edinburgh med. and surg. Journal*, t. XVII.

hay que buscar en medio de los fenómenos causados por estas últimas, los que anuncian le invasion de la nefritis, y son la aparicion ó la recrudescencia del dolor renal, y á veces el escalofrío.

Síntomas.—El *dolor*, que por el contrario de lo que asegura Rayer, se manifiesta frecuentemente como el primer síntoma de la nefritis aguda, no ocupa ordinariamente, segun este autor, mas que un solo lado; pero yo veo, por el contrario, que en los casos observados por Louis siempre ha existido desde la invasion en las dos regiones renales. A veces despues de haber invadido un riñon se estiende al del lado opuesto. En cuanto á los límites que puede tener este dolor en estas regiones, es imposible determinarle rigurosamente. Contentémonos, pues, con decir con Rayer, que algunos autores han dado por límites al dolor del riñon izquierdo, por una parte la undécima costilla, y por la otra la cresta de los huesos íleos, y á la del riñon derecho este último punto y la duodécima costilla. Segun Naumann (1) el dolor del riñon derecho se estenderia al hígado, y el del riñon izquierdo á las partes inferiores. Lo que importa saber es que el punto de donde parte el dolor está al nivel del músculo cuadrado de los lomos y que se observan las *irradiaciones* que vamos á indicar.

Estas irradiaciones no siempre existen en todos los casos, y es muy probable que se hubiera encontrado mayor número de excepciones si no se hubiese confundido en una sola descripcion la nefritis simple no calculosa y la nifritis producida por los cálculos. Pero esta confusion es tan grande, que es imposible distinguir claramente en los autores los síntomas causados por la inflamacion de la glándula urinaria, y los producidos por la irritacion que ocasiona la presencia de los cálculos. Rayer, que ha investigado mas que ninguno de los demás autores, lo que en realidad pertenece á la nefritis propiamente dicha, es tambien el que ha reconocido mas esplícitamente la posibilidad de la concentracion del dolor en la region del riñon. Sin embargo, seria inexacto decir que cuando no existe ningun cálculo el dolor no se irradia, porque puede estenderse á lo lejos siguiendo ciertas direcciones. De las observaciones reunidas por Rayer resulta que cuando la nefritis no es causada por los cálculos, el dolor se irradia casi invariablemente á lo largo de los uréteres de la vejiga y del conducto de la uretra, estendiéndose al testículo y aun al muslo del lado afectado. En los casos en que se ha visto á este dolor irradiarse hácia el estómago, hácia el hígado, hácia el hombro, se trata casi siempre, si no siempre, de una nefritis calculosa. Este es por consiguiente un fenómeno importante.

Los caractéres del dolor varían segun los casos; algunas veces es muy vivo y parece superficial, pero las mas veces es sordo y profundo. Si no se distinguiese la nefritis no calculosa de la nefritis calculosa, seria preciso expresarse de diferente manera, porque los dolores

(1) Naumann, *Handbuch der medicin. Klinik.* Berlin, 1839, t. VIII.

causados por la accion del cálculo son casi siempre muy vivos, y se puede decir que el dolor debido á la inflamacion nunca iguala al que produce un cálculo que muda de sitio. Aquí encontramos la misma diferencia que hemos señalado entre el dolor debido á la inflamacion del parénquima del hígado, y el que produce un cálculo biliario introducido en los conductos escretorios de esta víscera.

Veamos lo que dice Rayer relativamente á la forma del dolor: «Se ha dicho que el dolor renal era algunas veces pulsativo, pero es muy raro que se presente con este carácter; antes al contrario, esta sensacion de pulsacion es comun en la perinefritis.» Yo añado que segun lo que resulta de las observaciones de nefritis no calculosa, el dolor consiste ordinariamente en una sensacion de tension muchas veces muy incómoda.

Un fenómeno particular, que ha designado Rayer y que importa mucho conocer, es el siguiente: «Se han visto casos, dice este autor, en los que el dolor de la vejiga era mas vivo que el dolor renal, y habia al mismo tiempo emision frecuente de cortas cantidades de orina descolorida y trasparente sin glóbulos mucosos; y en los casos en que la vejiga habia sido el asiento principal, si no el exclusivo, de los dolores, no ha presentado despues de la muerte mas que lesiones muy leves, al paso que se hallaban profundamente alterados los riñones.»

Aunque los puntos que acaban de indicarse sean los que ordinariamente ocupa el dolor, no por eso se debe creer que sean siempre los únicos. En efecto, en muchas observaciones se halla que en una gran parte del abdómen y en toda la region lumbar habia dolores bastante fuertes. Pero aun en estos casos estos puntos son los que están principalmente doloridos y sensibles.

Lo que acabo de decir se aplica al *dolor expontáneo*; ahora importa estudiar el *dolor á la presion* y el aumento de este síntoma bajo algunas influencias particulares, que no es menos interesante. Me limitaré, pues, á citar á Rayer, que bajo este punto de vista ha estudiado los hechos con cuidado: «Si se pone la mano, dice, sobre la parte anterior de la region lumbar, y al mismo tiempo se comprime con fuerza con la otra mano aplicada detrás de la misma region, el enfermo, para evitar el dolor, levanta algunas veces repentinamente la pélvis, arqueando la parte inferior del tronco.

»El dolor renal se aumenta cuando los enfermos se sientan ó se encorvan hácia adelante, etc., por la conmocion producida por la tos, el estornudo, una inspiracion profunda, y en general en todos los movimientos del tronco.

»Tambien puede aumentarse el dolor renal por echarse del lado afectado; mas cuando ambos riñones están inflamados, el enfermo está echado de espaldas.

»El calor de la cama ó la aplicacion de los cuerpos calientes aumentan el dolor algunas veces.»

En cuanto al *curso del dolor* se ha dicho que presenta la singularidad notable de no ser contínuo, y que tiene exarcebaciones separadas por momentos de calma muy marcados. Leyendo las observaciones no he visto esta particularidad bien manifiesta sino en un corto número de casos que tenian un aspecto particular; en los demás presentaba el dolor algunas exacerbaciones, pero era bastante vivo en los intervalos.

Si se examina la region en que se ha desarrollado este dolor tan incómodo, nada se observa en ella de particular respecto de la conformacion, ni de la coloracion y temperatura, pues es demasiado profundo el sitio que ocupa la inflamacion para que se pueda percibir ninguna huella en la superficie. Sin embargo, Rayer ha citado un caso en que se podia percibir *un tumor* por debajo del borde libre de las costillas, en cuyo punto habia un dolor vivo; pero los casos de esta especie son enteramente excepcionales.

Se ha dicho que la *percusion* podia ser útil para ilustrar el diagnóstico de la inflamacion de los riñones; pero los experimentos, molestos para los enfermos y sin resultado útil, hechos por Piorry, no deben inducir al médico á emplear este medio de exploracion. Por la percusion solo se puede reconocer la existencia del dolor renal; mas ya se ha visto que con la palpacion convenientemente practicada es suficiente para esto; pero aun suponiendo que se llegase á determinar rigurosamente por este medio el aumento del volúmen del riñon, no deberia adquirirse el conocimiento de un signo de tan secundaria importancia á costa de todas las incomodidades que la exploracion ocasiona á los enfermos, cuando tenemos otros muchos signos que indican la inflamacion renal, afeccion que cualquiera que sea su asiento preciso, reclama los mismos medios de tratamiento. Bien sé, y lo he dicho y repetido con frecuencia, que en medicina se necesita hacer investigaciones exactas; pero hay tambien que evitar los escesos, y el que indico no parecerá sostenible á un médico juicioso.

Despues del dolor, el síntoma mas importante sin contradiccion es el trastorno siempre muy marcado que se observa en la *secrecion* y en la *escrecion de la orina*. Rayer ha dado bajo este aspecto un resúmen exacto de las observaciones que ha reunido, y no puedo por consiguiente hacer otra cosa mejor que tomar de él la descripcion que hace de este síntoma: «Cuando, dice (1), la enfermedad está en su *principio* ó en su *estado*, la orina se halla modificada en su *cantidad*, *aspecto* y *composicion*. La secrecion de la orina se disminuye siempre, y algunas veces se suprime completamente, sobre todo cuando se hallan afectados ambos riñones. La escrecion de este líquido es rara (dos ó tres emisiones en las veinticuatro horas), ó bien el enfermo, atormentado por contínuas ganas de orinar solo expele de cada vez algunas gotas de orina, y si se introduce una sonda en la vejiga,

(1) Rayer, *Traité des maladies des reins*. Paris, 1839, t. I, p. 302.

no se sacan mas que algunas gotas de orina de color muy subido...»

Estos síntomas se han estudiado con mayor rigor en los casos que Cossy ha recogido en la clínica de Louis. Lo observado en estos casos que pueden mirarse como nefritis simples, es demasiado interesante para que deje de referir aquí la nota que me ha comunicado sobre este asunto Cossy, la que literalmente dice así: «Once enfermos han experimentado en el curso de diversas afecciones y durante su permanencia en el hospital, los fenómenos siguientes: dolores mas ó menos intensos en los lomos, disminucion notable y aun supresion casi completa de la orina; en algunos habia aumento de frecuencia en el pulso y aumento de calor. En los demás enfermos se disiparon los síntomas, ya expontáneamente, ya á consecuencia de la aplicacion de sanguijuelas ó de ventosas escarificadas á las regiones lumbares, y en ningun caso persistieron mas de cuarenta y ocho horas. Excepto su disminucion en la cantidad, la orina no presentó en los enfermos ninguna alteracion apreciable en sus caractéres físicos.»

«La orina, dice Rayer, contiene siempre cierta cantidad de *sangre en la nefritis aguda traumática*, cuando la inflamacion se declara poco tiempo despues de la herida. Tambien se ve algunas veces que se mezcla accidentalmente cierta cantidad de sangre ó de suero con la orina, y se hace sanguinolenta ó albuminosa en otras nefritis simples agudas, producidas por la impresion del frio y de la humedad, ó por la absorcion de las cantáridas.»

Rayer indica en seguida la *presencia de la albúmina* en muchos casos de nefritis simple, y hace notar que esta sustancia no se manifiesta en semejantes circunstancias de una manera constante, puesto que advierte que este líquido es ligeramente ácido, algunas veces neutro ó alcalino, que el ácido úrico y los uratos están en menor proporcion que en la orina sana, y que el depósito mucoso ó mas rara vez el ligero sedimento de pus que puede presentarse en la afeccion de que tratamos, pertenece, no á la misma nefritis, sino á la extension de la inflamacion á los cálices y á la pélvis del riñon, y despues añade:

«La apariencia ó los *caractéres físicos* de la orina son necesariamente variables en la nefritis simple aguda. Cuando la orina contiene cierta cantidad de sangre, puede tener un color rojo mas ó menos vivo ó pardo oscuro, lo que ha hecho decir á algunos patólogos, que en la nefritis tenia la orina un color mas subido que en ninguna otra enfermedad inflamatoria.

»En una variedad de la nefritis (la nefritis artrítica) la orina presenta algunas veces un color oscuro debido á un esceso de la materia colorante de la orina. En este caso es muy ácida y presenta por el enfriamiento un sedimento considerable de ácido úrico y de uratos.» He citado esta asercion de Rayer, aunque hasta el presente no se ha tratado de esta varied[illegible] nefritis, d[illegible] blaremos mas adelante, porque he crei[illegible] ia hacerl[illegible] le que esta propo-

sicion tiende á propagar un error. En efecto, se pudiera creer leyendo estas líneas, que los caractéres de la orina que se acaban de indicar pertenecen á la misma nefritis, y que si esta no existiese no se manifestaria; pero en cuanto á la *nefritis reumática*, el mismo autor dice que este aspecto de la orina es un síntoma de la enfermedad general, y de ningun modo debe hacer sospechar la afeccion de los riñones, lo cual es un hecho que importa mucho consignar.

«Cuando la nefritis simple aguda, añade Rayer, está en su estado ó en su mayor intensidad, y cuando no es producida por una herida ó una contusion, las mas veces la orina no contiene sangre; entonces es *pálida* ó tiene poco color, y está poco cargada de ácido úrico; lo que ha hecho decir que en la nefritis, en su mas alto grado de intensidad, la orina era enteramente acuosa.

«Se ha dicho que en la nefritis la orina era turbia y purulenta cuando la enfermedad se terminaba por supuracion, y que presentaba entonces un sedimento blanco y purulento. Pero este carácter pertece á la nefritis, pues el pus es por lo regular el producto de la inflamacion de la membrana interna de la pélvis, del ureter, de la vejiga y de la uretra, que complica frecuentemente la de las sustancias renales propiamente dichas.

»En casos de nefritis simple aguda con depósitos de focos purulentos en la sustancia cortical, sin inflamacion de la pélvis y de las demás partes urinarias, he comprobado muchas veces durante la vida que la orina *no contenia pus*. Así es que se ha considerado como procedente de la sustancia renal en supuracion el pus suministrado por verdaderas pielitis agudas ó crónicas, pero no he encontrado en la orina el pus que provenia de las sustancias renales sino en casos muy raros en que los mamelones se hallaban atacados de una inflamacion ulcerosa, ó cuando un foco purulento formado en el riñon se abria en la pélvis de este órgano.» En los casos de supuracion de los riñones, recogidos por Cossy, la orina no ha sido purulenta, sino solamente turbia, lo que viene á confirmar las observaciones de Rayer.

En resúmen, añade este autor, de todos los caractéres que presenta la orina en la nefritis aguda simple, no hay ninguno que considerado aisladamente pueda servir para conocer esta enfermedad.»

He creido debia dar estos pormenores, aunque no nos hayan proporcionado sino resultados negativos, porque ocupándose los médicos en la actualidad de las alteraciones de los humores en las enfermedades, es indispensable saber el resultado que han dado las investigaciones ya emprendidas, y que para el diagnóstico es necesario tener un punto de comparacion preciso. Si Rayer ha llegado á diferentes resultados que los que han anunciado los autores que le han precedido por una simple inspeccion, es porque por una parte ha examinado las cosas mas de cerca, y por la otra ha distinguido la inflamacion de la sustancia misma del riñon de la de las primeras partes de los conductos urinarios. Pero como esta distincion es de alguna im-

portancia y la hemos admitido, estos resultados son los que vamos á adoptar.



Fig. 53.—Capilares de las glándulas de Malpigio inyectados de azul prusia, que muestran la conexion de los núcleos con sus paredes.—*a*. Vasos enrollados, separados de la red.—*b*. Parte de asa vascular un poco comprimida.—c. Tejido que une entre sí los vasos.—*d*. Pequeña porcion de capilar excesivamente comprimida, mostrando el espesor de la pared capilar en el punto de reflexion (Beale).

Fig. 54.—Moldes de los tubos uriníferos en un caso de nefritis aguda supurativa. Moldes formados en la parte contorneada del tubo apareciendo sumidos en una materia que está coagulada en la parte derecha (Beale).



Fig. 55.—Moldes en un caso de fiebre aguda supurativa (Beale).

Fig. 56.—Porcion de un molde sumamente grueso, mostrando cuerpos semejantes á los corpúsculos blancos de la sangre, agrupados en el centro (Beale).

Habiendo indagado Becquerel (1), en un corto número de casos (seis) de nefritis sin inflamacion de los conductos urinarios, cuál era el estado de la orina, solo ha observado que eran simplemente *febriles* (es decir, poco acuosas, subidas de color y cargadas de materias salinas, porque esto es lo que este autor entiende por la espresion de *orinas febriles*) sin otra alteracion.

El doctor Image (2) ha publicado una observacion muy interesante de nefritis aguda. El enfermo de edad de treinta y tres años, habia sido operado de hernia estrangulada; cuatro dias despues se declaró una erisipela que desapareció al cabo de tres dias. Al siguiente, la orina, que hasta entonces habia sido normal, contenia *albúmina, exudaciones fibrinosas, glóbulos* de sangre. El enfermo murió diez y nueve dias despues; *la orina estaba enteramente suprimida en los tres últimos dias de la vida del enfermo.* Habia habido anasarca, pero la sensibilidad y el movimiento no estaban alterados; no se habian observado vómitos. Las exudaciones encontradas en la orina tres dias antes de la muerte, están representadas aquí (fig. 54 y 55).

Se percibe (fig. 56) una porcion de molde de tubo con un engrosamiento de 700 diámetros. En el centro se ven glóbulos de sangre y especies de glóbulos blancos, que parecen agruparse en la exudacion. Los riñones están muy aumentados de volúmen y de peso. El uno pesaba 403 gramos y el otro 465.



Fig. 57.—Corpúsculos blancos de la sangre distendiendo los capilares del riñon (Beale).

Este aumento considerable era principalmente debido á la acumulacion de materias plásticas en los capilares y los tubos excretores. Los vasos estaban distendidos por grandes células, que semejaban los glóbulos blancos de la sangre, los tubos estaban llenos de cilindros, de exudaciones y de células análogas á los glóbulos del pus. No se puede dudar hasta cierto punto, que las células y capilares representadas en la figura 57, sean de glóbulos blancos de la sangre, y es casi cierto que los glóbulos puriformes reunidos en el molde del tubo tienen el mismo orígen (compárense las figs. 53 y 57). Todo el riñon entró en supuracion, y los glóbulos puriformes de la orina de este enfermo provenian pro-

(1) Alfred Becquerel, *Sémiotique des urines*. Paris, 1841.
(2) Image, *Arch. of medicine*. London, vol. II, p. 286.

bablemente de la multiplicacion de estos corpúsculos blancos sanguíneos (Image).

Hemos reproducido esta observacion, porque bajo el punto de vista de los síntomas, confirma los asertos de Rayer, y nos suministra detalles bien estudiados de anatomía patológica.

Louis Bauer (1) ha publicado una observacion de nefritis difterítica, es decir, fibrinosa, donde se hallan relatados los principales caractéres que acabamos de indicar.

Se ha observado un gran número de veces la *retraccion del testículo* en el lado enfermo, y particularmente en tres casos en que se habia desarrollado la nefritis sin causa apreciable, este fenómeno se manifestó en dos ocasiones. En semejante caso el testículo sube hácia el anillo dejando el escroto por su lado arrugado y contraido; algunas veces es dolorosa esta retraccion. Debo, sin embargo, hacer notar, respecto de este síntoma, que es probable que en muchos de los casos citados como ejemplos de nefritis simple con retraccion del testículo habia mas bien una pielitis causada por un cálculo renal; porque la nefritis, á no ser producida por cálculos urinarios, rara vez afecta uno solo de estos órganos. Esto es lo que resulta del exámen de los hechos observados por Louis y recogidos por Cossy. Efectivamente, de todos aquellos en que se ha podido comprobar la existencia de la nefritis por la autopsia, no hay ninguno en que una nefritis, sea aguda ó crónica, se haya limitado á uno de los riñones. Pero como casi nunca se hace mencion de la retraccion del testículo mas que de un solo lado, es mas que probable que muchas veces haya sido ocasionada por un verdadero *cólico nefrítico*.

Se han citado como síntomas propios de esta enfermedad las *náuseas*, las *arcadas*, los *vómitos*, los *dolores intestinales* y el *estreñimiento*; pero estos fenómenos pertenecen mas bien á la nefritis ocasionada por los cálculos que á aquella de que se ha tratado hasta el presente; y si hay casos en que ha habido vómitos de materias biliosas, mucosas ó que tengan algunas veces el olor urinoso, sin que haya existido ningun cálculo en el riñon, se deben mirar como enteramente excepcionales. Lo que verdaderamente pertenece á la nefritis de que nos ocupamos es el barniz mucoso de la *lengua*, cierto grado de *sed* y la *anorexia*, en una palabra, los síntomas comunes á todas las inflamaciones bastante intensas para producir un movimiento febril.

Los *síntomas* generales de la nefritis simple aguda son muy difíciles de apreciar por los datos que nos han suministrado los autores, pues todo lo que sabemos de mas exacto es que en el momento en que la inflamacion adquiere un alto grado de intensidad, el *pulso* se pone duro, desenvuelto y frecuente, y que si la enfermedad progresa se hace pequeño y concentrado, sin perder su frecuencia ó

(1) Louis Bauer, *American medical monthly*, et *Gazette des hôpitaux*, 1860, p. 1841.

presentando mayor número de pulsaciones; al mismo tiempo la *piel* está caliente y seca. Se han observado en los síntomas generales estas exacerbaciones marcadas, que he indicado al hablar del dolor, y estas exacerbaciones han sido algunas veces tan violentas, que la enfermedad ha simulado accesos de fiebre intermitente perniciosa. Pero estos son tambien casos excepcionales que no debemos admitir sino con algunas restricciones, porque no está bien probado que la mudanza de sitio de un cálculo no fuese únicamente la causa de estos fenómenos remitentes. En los hechos observados por Cossy nada hubo de semejante á lo que dejamos dicho.

Segun Rayer, no hay relacion constante entre la intensidad de la fiebre y los principales síntomas locales, es decir, entre el dolor renal y la disminucion de la secrecion urinaria. Esta proposicion puede ser exacta; pero si se admitiesen sin discusion los hechos referidos por el autor que acabo de citar, nos expondríamos á incurrir en una gran exageracion. En efecto, Rayer ha reunido muchos casos en los que habia *fiebre muy violenta*, *coma*, *estupor*, *putridez*, y los ha presentado como casos de nefritis simple aguda.

Cuando la enfermedad tiende á terminarse por la curacion, la fiebre disminuye al mismo tiempo que el dolor empieza á calmarse; despues desaparece este poco á poco; la orina se expele con mas facilidad y en mayor abundancia, y el enfermo entra en convalecencia. En el caso contrario, el pulso se pone pequeño y contraido, la orina se suprime, sobreviene el abatimiento, y entonces se ve sucumbir á los enfermos en el delirio y en el coma. Cuando se forma uno ó muchos focos purulentos en la sustancia del riñon, se manifiestan algunos fenómenos, de los que conviene decir algunas palabras por separado.

Absceso del riñon.—Cuando se forman en el riñon uno ó muchos abscesos, se puede creer á primera vista (á no ser que estas lesiones sean el resultado de una infeccion purulenta, en cuyo caso predomina la enfermedad general), se puede creer, repito, que la afeccion tiende á una terminacion favorable, porque el dolor se mitiga y el enfermo experimenta un bienestar momentáneo; pero bien pronto el *pulso* recobra su frecuencia, se siente una molestia, un peso, y á veces un *dolor pulsativo* en la region renal, y en fin, se observan pequeños escalofrios que repiten por accesos, estado que se prolonga durante muchos dias. Los casos de esta especie en que el absceso no ocupa mas que la sustancia renal son muy raros, pues las mas veces participa de la inflamacion el tejido que rodea al riñon, y entonces hay complicacion de *perinefritis* para servirnos de la expresion de Rayer. (Véase art. PERINEFRITIS.)

Se han citado algunos hechos muy raros en los que se ha abierto un absceso renal en la pélvis: y entonces la repentina aparicion de una cantidad considerable de pus en la orina, la que hasta entonces habia tenido los caractéres descritos mas arriba, el alivio que experi-

menta el enfermo, la inflamacion de la vejiga que puede resultar del paso de esta materia purulenta, servirán para dar á conocer esta *rotura del absceso en los conductos urinarios*. Tambien se ha visto abrirse y vaciarse la coleccion purulenta *en el cólon;* entonces sobrevienen absolutamente los mismos fenómenos que en los casos de *rotura de abscesos del hígado ó de la vejiga de la hiel* en el mismo intestino; por consiguiente seria inútil reproducir aquí los signos que se han expuesto ya detalladamente (1). Solo diremos que cuando ha habido propension á admitir la existencia de un absceso del riñon, si se ve sobrevenir un alivio muy repentino y considerable, se deben examinar con cuidado las deyecciones alvinas igualmente que la orina, porque la *existencia del pus en las deposiciones* es el signo capital de la rotura del absceso renal en los intestinos.

El doctor Hutton (2) ha visto en un niño de cinco años una perinefritis, en la cual la cápsula propia del riñon desprendida formaba un saco lleno de materia purulenta que rodeaba el riñon, y habia una fístula renal.

Nefritis calculosa.—Invasion.—Si examinamos los hechos, vemos que es imposible fijar el momento en que la inflamacion ha invadido esta sustancia, y por consiguiente determinar el principio de la enfermedad de que tratamos. Si no llega mas adelante á asegurarse que el riñon está atacado de flógosis, los síntomas de cólico nefrítico servirán para dar á conocer la causa á que se debe atribuir esta afeccion, y nos manifestarán que se trata de una nefritis calculosa; pero, lo repito, cuando no nos dejamos engañar por simples apariencias, no se puede, como hacen la mayor parte de los autores, atribuir estos síntomas á la misma nefritis. (Véase Cólico nefrítico.)

Síntomas.—¿Hay por ventura algun signo cierto que dé á conocer la existencia de la inflamacion aguda de la sustancia del riñon, cuando existen los cálculos urinarios?

Evidentemente solo hay el *aumento de volúmen* y la *gran sensibilidad del órgano* cuando se pueden percibir por la palpacion, y aun entonces es necesario ser muy reservado en el diagnóstico, porque el obstáculo que se opone al paso de la orina y del pus puede ocasionar una distension considerable de la pélvis y de los cálices, de donde resulta una dilatacion del riñon que se pudiera tomar por un aumento de volúmen de su sustancia. En cuanto al flujo de sangre y á la materia purulenta, á la violencia de los dolores, á sus irradiaciones, á la desaparicion repentina de los síntomas, á su reaparicion, etc., son signos del cólico nefrítico, en el cual la inflamacion queda las mas veces limitada á las membranas de los cálices y de la pélvis, y en la que no se puede ver una nefritis propiamente dicha.

(1) Véase Abscesos del hígado, tomo IV.
(2) Hutton, *Dublin quarterly Journal of medicine*, Noviembre, 1848.

La nefritis calculosa debe ser considerada como una simple extension de una inflamacion mas importante, que no produce en la enfermedad principal ningun cambio importante que comprobar.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

Ya hemos visto al hablar del dolor y de la fiebre, que estos síntomas se han considerado como mas manifiestamente intermitentes en la afeccion que nos ocupa que en la mayor parte de las demás enfermedades no periódicas; pero tambien hemos hecho notar que esta proposicon era exagerada. Es cierto, sin embargo, que en algunos casos de nefritis simple no calculosa, la enfermedad ha seguido su curso, de manera que simula hasta cierto punto una fiebre intermitente perniciosa. Rayer ha citado un ejemplo notable, pero en el mayor número de casos las alternativas de exacerbacion y de sedacion no han sido tales, ni con mucho, que se pueda establecer este hecho como una regla general. Cuando se presenta esta intermitencia mas ó menos marcada, no se puede menos de asemejar los hechos de este género á lo que se observa á veces en otras afecciones de las vias urinarias, en las que basta el cateterismo para producir una fiebre intermitente muy manifiesta.

La *duracion* de la enfermedad es variable segun los casos. En las observaciones referidas por Rayer se ve que cuando se ha verificado la curacion, se ha efectuado por lo general del sétimo al noveno dia, si la nefritis era simple, no calculosa, y si no terminaba por supuracion. Ya hemos visto mas arriba cuán corta era la duracion de la afeccion en los casos observados por Louis, y hemos notado especialmente que la supresion de la orina nunca habia durado mas de cuarenta y ocho horas. En la nefritis calculosa es imposible decir cuál es la duracion del mal, puesto que de ningun modo se puede, como ya se ha dicho mas arriba, conocer el momento en que la inflamacion se apodera de la sustancia del riñon. Todo lo que sabemos es, que una vez quitada la causa determinante (el cálculo), la curacion es sumamente rápida. Cuando se forma uno ó muchos abscesos, la enfermedad tiene siempre bastante duracion, porque la evacuacion del pus, cualquiera que sea la via por la que se hace, y la cicatrizacion del órgano, exigen siempre un tiempo considerable.

La nefritis simple aguda que no tiene por resultado la supuracion, es una enfermedad que, segun las observaciones de Rayer, se termina ordinariamente por una curacion sólida. Pero aquí se presentan las objeciones que he debido hacer á cierto número de observaciones citadas por este autor. La ingestion de ciertos venenos, ¿produce una verdadera inflamacion? Y cuando los accidentes de las vias urinarias se han calmado igualmente que los síntomas generales, ¿se puede decir que se ha curado una nefritis? De ningun modo

se halla esto demostrado. Pero en los casos de nefritis simple tan bien caracterizada como es posible y producida por causas del todo diferentes, se ha obtenido la curacion, de suerte que no se trata aquí sino de una cuestion de nombre. En los casos recogidos en la clínica de Louis se disiparon rápidamente accidentes notables que se podian atribuir á una nefritis simple.

Cuando la supuracion se apodera del órgano, la enfermedad es casi siempre mortal, y esta terminacion se verifica antes de la evacuacion del pus, y por decirlo así, solo por la fuerza del mal, ó bien despues de la evacuacion del pus por diferentes vias, y á consecuencia de la debilidad gradual del enfermo, ó de los diversos accidentes que pueden sobrevenir. Cuando he hablado de la *peritonitis por rotura de un absceso*, he mencionado la de los abscesos de los riñones en el peritoneo, caso raro y siempre mortal.

§ V.—Lesiones anatómicas.

La anatomía patológica de la nefritis ha sido estudiada mejor que los demás puntos de su historia; pero bastará indicar las principales lesiones.

El aumento de volúmen, á veces considerable, la rubicundez y el reblandecimiento del órgano cuando aun no se ha establecido la supuracion, son las lesiones características de la inflamacion en el estado agudo, siendo la sustancia cortical el sitio de estas alteraciones. Este aumento de volúmen es debido principalmente á la acumulacion de materias plásticas en los capilares y en los tubos excretores. (Véase las fig. 55, 56 y 57).

Segun las investigaciones de Rayer, las diversas formas de inyeccion de donde se origina la rubicundez son bastante numerosas. Este autor ha visto un jaspeado rojo vivo y la inyeccion marcada de los vasos corticales, de donde resultaba que eran mas visibles los polígonos venosos, etc. Algunas veces se han presentado al corte las glándulas de Malpigio, y frecuentemente al exterior del riñon, bajo la forma de unos pequeños puntos negros, aislados ó aproximados, en grupos ó estrías.

Rayer ha encontrado algunas veces un endurecimiento del riñon, en lugar de un reblandecimiento, á consecuencia de una inflamacion aguda. ¿Es acaso este el modo de terminar la inflamacion? La analogía debe hacérnoslo creer así; sin embargo, no se debe admitir esta opinion sino con cierta reserva, porque el autor no nos dice á cuánto tiempo despues de haber principiado la inflamacion sobrevino la muerte. Rayer ha visto tambien puntos anémicos en medio de partes rubicundas, endurecidas, etc.

Cuando se ha apoderado la supuracion del órgano, se observan las particularidades siguientes: «El depósito de pus en las sustancias renales se verifica, dice Rayer, bajo diversas formas, que se en-

cuentran sobre todo en la sustancia cortical, mas frecuentemente inflamada que la sustancia tubulosa. Para reconocer muchos de estos depósitos se requiere prestar gran atencion; así algunos pequeños depósitos de pus del volúmen de la cabeza de un alfiler grueso, situados en el centro de los polígonos de la red vascular del riñon, aparecen á simple vista como granos de arena blanquecina, rodeados de una faja de color rojo pardusco; además casi siempre se hallan mezclados con pequeños puntos rojos, en los que todavía no se ha depositado ningun pus.»

Pero en general estos pequeños depósitos son mas aparentes, pues suelen igualar el volúmen de una gruesa pústula de impétigo, y pueden presentarse del tamaño de una avellana y aun mas todavía. Están diseminados ó reunidos en grupos semejantes á los abscesos múltiples, que hemos descrito en el hígado. Finalmente, se encuentra algunas veces una infiltracion purulenta de la sustancia cortical y tubulosa. Es muy raro ver el pus reunido en un solo foco.

Rayer ha visto algunas veces un verdadero reblandecimiento gangrenoso, y muchos autores hablan de la *gangrena del riñon*.

El mismo autor ha reconocido que en la nefritis traumática, y particularmente á consecuencia de la dislaceracion de los riñones, se deposita las mas veces, no pus, sino linfa plástica, constituida principalmente por fibrina que ha perdido su color. Se ve, pues, que las lesiones de la nefritis aguda no se diferencian sensiblemente de las demás inflamaciones de los parénquimas. Lo que solo es digno de notarse es la diseminacion de los focos purulentos; pero es bien cierto que en un gran número de los casos observados no hubo una flebitis supurativa, de la que son una consecuencia los abscesos múltiples. Y en los casos de este género ¿se deberia admitir la existencia de una inflamacion simple?

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Las enfermedades con que se pudiera confundir la inflamacion simple aguda del riñon, tienen su asiento en el mismo órgano, ó le son del todo extrañas; las primeras son las que presentan las dificultades de que acabo de hablar.

La *inflamacion de los cálices y de la pélvis del riñon* da lugar á los principales síntomas de la nefritis, pero ya hemos visto por una parte que la presencia del pus en la orina es un carácter de la *pielitis*, y no pertenece á la supuracion del mismo riñon, aunque por largo tiempo se ha creido lo contrario. No habria, pues, nada difícil en este diagnóstico si se pudiese afirmar que el pus no viene de la vejiga; pero segun Rayer, que ha fijado su atencion sobre este punto, «es muy difícil, por no decir imposible, en la mayor parte de casos, asegurar que la vejiga está completamente sana.»

¿Se puede decir, con Rayer, que es permitido «afirmar que las

sustancias renales están inflamadas, cuando á un dolor agudo en uno de los riñones se agregan vómitos, síntomas cerebrales ó síntomas pútridos?» Esta proposicion deberia estar fundada en una análisis mas rigurosa de los hechos. No cabe duda que si habiendo síntomas generales muy graves sobrevienen síntomas locales en los riñones, se deberá admitir que estos órganos se hallan inflamados; pero falta saber si se trata de una lesion primitiva ó secundaria, si la nefritis no es simplemente la consecuencia de un violento movimiento febril que depende de otra enfermedad, por ejemplo, de la infeccion purulenta, de la fiebre tifoidea, etc., en cuyo caso se cometeria un error de diagnóstico, creyendo que toda la afeccion consiste en la nefritis. Respecto á los vómitos, diremos que de ningun modo indican que esté inflamada la sustancia renal, puesto que, como veremos mas adelante, se los ve sobrevenir frecuentemente en el cólico nefrítico, cuando todos los desórdenes se hallan concentrados en las paredes de las cavidades renales ó en los conductos que nacen de ellas. La supresion de la orina es mas bien propia de la inflamacion de la sustancia renal; así, pues, este es uno de los signos sobre los cuales se debe fijar principalmente la atencion.

Rayer, que se ha ocupado muy expecialmente de esta materia, establece así el diagnóstico entre la inflamacion de la sustancia del riñon y *la del tejido celular* que le rodea. «Cuando á consecuencia de una contusion ó de cualquier otra causa, se desarrolla en el tejido celular exterior del riñon una inflamacion acompañada de dolor, si la enfermedad está en su principio, es muchas veces difícil distinguirla de la invasion de una nefritis. Sin embargo, es raro que se observe en este caso una disminucion tan marcada de la secrecion urinaria como en la nefritis.»

Mucho mas fácil es distinguir la nefritis simple aguda del *cólico nefrítico*. En este sobreviene el dolor muy rápidamente, y con frecuencia de un modo repentino, el cual muchas veces es tan excesivo que ocasiona lipotimias y una agitacion y ansiedad extremadas. La orina se disminuye ó suprime muy pronto, y en breve el enfermo orina sangre; en fin, la cara se altera y el pulso se pone pequeño y miserable. En vista de estos fenómenos no se puede dudar, y si en ciertos casos excepcionales pudiera por algun momento suspenderse el juicio, que el cambio de sitio del dolor cuando el cálculo baja á lo largo del uréter, y la cesacion repentina y completa de los accidentes cuando se han expelido una ó mas arenillas, vendrian á fijar el diagnóstico, lo que no deberia olvidarse, porque hallándose los enfermos dispuestos á nuevos ataques podria juzgarse entonces fácilmente cuando se repitan los mismos accidentes.

Se ha hablado mucho de dolores renales, á los que se ha dado el nombre de *nefralgias;* pero como mas adelante tendré que explicarme sobre estos dolores en un artículo expecial, seria prematuro el ocuparme aquí de este asunto. (Véase CAP. II. ART. VI.)

Entre las afecciones que no son propias del riñon, y que pudieran confundirse con una nefritis aguda, encontramos en primer lugar el *cólico hepático*. Pero en la nefritis no hay ictericia, la orina se halla notablemente disminuida ó suprimida, lo que no se observa en el cólico hepático, al cual pertenecen mas propiamente los vómitos biliosos, y presenta además la decoloracion de las deposiciones y el estado bilioso de la orina. Finalmente, el sitio del dolor, que produce una diferencia marcada entre la inflamacion del riñon izquierdo y el cólico hepático, y que por lo regular es bastante diferente en este y en la inflamacion del riñon derecho, la retraccion del testículo, el dolor, el entorpecimiento del muslo, síntomas propios de la nefritis, bastan para formar un diagnóstico exacto. La direccion del dolor no puede ser por sí sola un signo suficiente, puesto que en algunos casos que he señalado (1) es la misma en ambas afecciones; pero por una parte estos casos son muy raros, y por otra el sitio del dolor no adquiere un verdadero valor sino cuando está reunido con los que acabo de mencionar.

¿Se puede confundir el *lumbago* con una nefritis? Es preciso convenir por lo menos que si es así, solo lo es en circunstancias bien extraordinarias. Hé aquí, sin embargo, cómo Rayer establece este diagnóstico: «El *lumbago*, dice, producido las mas veces bajo la influencia del frio y de la humedad, y casi siempre acompañado ó precedido de dolores reumáticos, ataca ordinariamente á ambos lados de los lomos; el dolor que le acompaña se exacerba mas sensiblemente que el de la nefritis por ciertos movimientos del cuerpo que los enfermos hacen para sentarse cuando están echados, ó para cambiar de posicion. Sin embargo, los dolores renales se aumentan algunas veces por ciertos movimientos ó ligeras presiones, y por la tos; pero en el lumbago jamás se observa la disminucion notable de la secrecion urinaria, ni la angustia, ni los demás síntomas graves de la nefritis (2).

Por último, muchos autores, y en particular Rayer, han establecido el diagnóstico diferencial entre la *nefritis* y la *cistitis*, la *soitis*, y la *peritonitis parcial*. Los síntomas se diferencian de tal manera en estas afecciones, de las cuales dos (la *cistitis* y la *soitis*) aun no se han descrito en esta obra, que no debo entrar en estos pormenores.

De todos los hechos citados por Rayer, no hay ninguno en el que haya parecido mas marcado el carácter intermitente de la enfermedad, que el que él ha tomado de Dance (3). Pero en este caso, aunque habia exacerbaciones febriles muy marcadas todas las mañanas, no se dudó de la existencia de una nefritis durante casi todo el curso de la enfermedad, y si al fin se recurrió al sulfato de quinina, fué á

(1) Véase mas arriba COLICO HEPÁTICO.
(2) Rayer, *Traité des maladies des reins*. Paris, 1839, t. I, p. 324.
(3) Dance, *Archives générales de médecine*, 1.ª série, t. XXIX.

la desesperada, viendo al enfermo próximo á sucumbir, y en un momento en que las mas ligeras apariencias nos inducen á recurrir á medicaciones particulares. En efecto, el curso de la enfermedad solo tenia una semejanza grosera con una fiebre intermitente perniciosa, de lo que es fácil asegurarse leyendo la observacion. Sin embargo, esto no quiere decir que la fiebre intermitente no pueda jamás revestirse de los signos locales de una nefritis ó de los síntomas que pueden simularla. Efectivamente, ya veremos, al tratar de las fiebres intermitentes perniciosas, que estas afecciones se presentan bajo las formas mas diversas. (Véase tomo I, FIEBRES INTERMITENTES PERNICIOSAS.)

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

No expondré en este cuadro sinóptico mas que el corto número de casos en que es posible cometer un error, y en que se hallan establecidos los signos diferenciales.

1.° *Signos distintivos de la nefritis simple no calculosa y del cólico nefrítico.*

NEFRITIS SIMPLE AGUDA NO CALCULOSA.	CÓLICO NEFRÍTICO.
Invasion gradual, aunque con bastante frecuencia rápida.	*Invasion brusca* y repentina.
Dolor menos vivo que se aumenta *gradualmente*.	Dolor *excesivo* que se aumenta *de repente á un sumo grado*.
Al principio *disminucion*, y despues supresion de orina.	*Supresion repentina* de la orina.
Agitacion menor, sin desmayos, etc.	*Agitacion extremada*, desmayos, descomposicion de las facciones, etc.
Pulso *al principio elevado*, *duro* y resistente.	Pulso al *principio pequeño*, *irregular* y *miserable*.
Los síntomas se disipan *poco á poco* en los casos en que se verifica la curacion, empezando por el movimiento febril.	Los síntomas desaparecen *repentinamente* por la expulsion de un cálculo.

2.° *Signos distintivos de la nefritis simple aguda no calculosa y del cólico hepático.*

NEFRITIS AGUDA NO CALCULOSA.	CÓLICO HEPÁTICO.
Dolor *gradual*.	*Dolor* repentino.
Tiene su foco *al nivel del riñon*, y se extiende hácia la *vejiga* y el *testículo*.	Tiene su foco al nivel del *hipocondrio derecho*, y se irradia hácia el *epigástrio*.
No hay *ictericia*.	Casi siempre hay *ictericia intensa*.
Disminucion y supresion de la orina. *Orina sanguinolenta* y *que se escreta con dificultad*.	La orina no se halla *suprimida*, y es *biliosa*.

Bien se puede conocer que en este diagnóstico no he hablado de la nefritis calculosa, que mas aun que la no calculosa, pudiera confundirse con el cólico hepático; pero creo que debo dejar esta distincion particular para el artículo dedicado al cólico nefrítico, que en este caso es la enfermedad principal, pues la inflamacion del riñon no se ha desarrollado sino consecutivamente.

3.° *Signos distintivos de la nefritis simple aguda y del lumbago.*

NEFRITIS SIMPLE AGUDA.	LUMBAGO.
A veces no ocupa mas que un *solo riñon.*	Casi siempre ocupa *ambos lados.*
Los movimientos que hace el enfermo para sentarse ó volverse son *mucho menos dolorosos.*	Los movimientos para sentarse ó volverse son *frecuentemente casi imposibles.*
Trastornos notables de la secrecion y de la escrecion de la orina.	*No hay trastornos notables* de la secrecion y de la escrecion de la orina.

Pronóstico.—El pronóstico varía mucho, segun los casos, y se le puede considerar como muy poco grave en la nefritis producida por violencia externa, y aun en la que se declara expontáneamente cuando no sobreviene durante el curso de una enfermedad grave por sí misma, y cuando los síntomas de reaccion son poco intensos. Con mucha mayor razon se hará semejante pronóstico en los casos en que la enfermedad fuese producida por una sustancia irritante, si es que se consideran estos casos correspondientes á la nefritis bien confirmada. En efecto, si se trata de venenos, de ningun modo hay que temer la inflamacion renal, sino la accion de la sustancia venenosa sobre el organismo. Cuando la inflamacion es bastante grave para determinar la supuracion, el pronóstico es muy fatal, cualquiera que sea la especie de la nefritis; sin embargo, si es producida por la presencia de un cálculo, hay motivo para tener mas esperanza, porque si desaparece esta causa tienden naturalmente á disiparse las lesiones del riñon.

§ VII.—Tratamiento.

Emisiones sanguíneas.—Es un precepto general establecido que se deben usar las emisiones sanguíneas, así en la nefritis como en las demás inflamaciones parenquimatosas, y todo induce á creer que este medio es útil, aunque los hechos que he consultado no hayan demostrado de modo alguno que las evacuaciones de sangre hayan procurado un alivio inmediato bien perceptible. Pero es muy probable que si se tuviesen elementos suficientes para estudiar su influencia sobre el curso de la enfermedad, y en especial su duracion, se veria que es ventajosa esta influencia.

En la *nefritis traumática* es necesario practicar una ó muchas *sangrías generales*, y sin perder tiempo, porque segun Rayer, «si la emision de cierta cantidad de pus con la orina indica que se ha establecido la supuracion en el riñon inflamado, es preciso abstenerse de las emisiones sanguíneas.»

Quizás parecerá que este precepto es demasiado riguroso, ó á lo menos que no esté fundado en un estudio muy exacto de los hechos.

«En cuanto á las *nefritis producidas por la impresion del frio y de la humedad*, cuando se declaran con un carácter inflamatorio muy marcado en sugetos bien constituidos, deben, dice el mismo autor, ser tratadas activamente por la sangría, que es necesario repetir *dos veces en las primeras veinticuatro horas que siguen á la invasion.*» Y además añade mas adelante: «Si despues de muchos dias de remision y de apirexia se declara un escalofrio seguido de calor y de dolor en la region renal, se hará inmediatamente una abundante sangría, si el enfermo no es de edad muy avanzada. En este último caso habria que limitarse á sacar ocho onzas de sangre por medio de ventosas escarificadas aplicadas á las regiones lumbares.»

La sangría general se halla recomendada aun *en los niños*, en pasando de la edad de siete años, pero entonces no debe ser de mas de 300 gramos (10 onzas), mas se la puede repetir al dia siguiente si lo exigiese la intensidad del mal.

Tambien se deben aplicar *sanguijuelas* á los lomos en bastante número, é igualmente se ha recurrido, como lo hemos visto, á las *ventosas escarificadas*, y bajo esta consideracion no se puede establecer una regla general, pues solo el médico es el juez competente de la oportunidad de las emisiones sanguíneas y de su abundancia. En suma, se ve que así en la nefritis como en otras tantas afecciones solo se ha estudiado muy superficialmente la influencia de la sangría en el curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

Las *bebidas emolientes* ó *diluentes*, como el agua de semilla de lino, de malva ó de cebada, é igualmente diuréticas, como el cocimiento de grama ó de raiz de fresa, las *cataplasmas emolientes* en la region lumbar, el *baño* simple ó emoliente prolongado por mucho tiempo (dos ó tres horas), á no ser que el enfermo se fatigue, completarán con la sangría el *tratamiento* á que se ha dado particularmente el nombre de *antiflogístico*, y que principalmente conviene á la enfermedad de que nos ocupamos.

Ahora siguen algunos preceptos acerca de ciertos casos especiales: tales son aquellos en que se conoce que la nefritis es consecutiva á una retencion de orina producida por una *estrechez de la uretra*, en lo que es preciso atender especialmente á esta, como lo han aconsejado todos los autores, porque una vez vencido el obstáculo al curso de la orina no tarda en disiparse la inflamacion del riñon. Por esta razon aconseja Rayer aplicar en tales casos las sanguijuelas mas bien á la márgen del ano que á la region de los riñones.

Ya hemos visto que los *vómitos* pertinaces no podian considerarse como un síntoma propio de la nefritis simple aguda no calculosa. Sin embargo, si sobreviene este síntoma, y se observase un estado comatoso que no está tan íntimamente ligado con la afeccion renal como cree Rayer, hé aquí, segun este autor, lo que se deberia hacer en semejante caso: «Cuando los enfermos, dice, experimentan vómitos y caen en un estado comatoso, estos accidentes requieren auxilios especiales además de los que he mencionado. Se harán fricciones en el epigástrio con *láudano*, se darán *bebidas gaseosas* en cortas porciones, el enfermo chupará pequeños *pedazos de hielo* para apagar su sed, se aplicarán *cuerpos calientes á las extremidades inferiores*, se pondrán en la frente *compresas empapadas en agua fria*, y se administrarán *purgantes salinos*, repitiéndolos hasta que hayan producido abundantes evacuaciones.»

«Los purgantes, añade Rayer, se hallan aun mas indicados cuando el ataque de nefritis ha sido precedido de muchos dias de *estreñimiento* en individuos atacados de *enfermedades de la próstata ó de la médula espinal.* Algunas veces podia sustituirse el *aceite de ricino* á los purgantes salinos, pero es preciso administrarle en *lavativa* y á *alta dósis*, porque es con frecuencia arrojado por el vómito.»

Para completar el cuadro del tratamiento mas generalmente empleado, es menester añadir que se debe recomendar mucho la *quietud absoluta* y la *dieta severa*, cuando la enfermedad está en su mas alto grado de intensidad, y que en la convalecencia se debe evitar todo error en el régimen, y sobre todo el uso de bebidas excitantes, cuya accion, como todos saben, se siente ¡tan fácilmente en los riñones.

ARTÍCULO III.

NEFRITIS SIMPLE CRÓNICA.

Gran número de nefritis crónicas, sobre todo cuando la enfermedad no ataca mas que uno de los riñones, no pueden sospecharse durante la vida sin un exámen muy minucioso de la secrecion urinaria, cuando no existen dolores en la region de los riñones, ó cuando una presion ejercida comparativamente sobre las dos regiones lumbares, no indica que una de ellas está mas sensible que la otra. He citado este pasaje para manifestar cuánto se diferencia la nefritis crónica simple, tal como debe entenderse segun las investigaciones modernas, de la inflamacion crónica del riñon descrita hasta estos últimos años, y cuántas dificultades puede presentar al mismo tiempo el estudio de esta afeccion.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Rayer define de esta manera la nefritis crónica simple: «Los principales caractéres de la nefritis crónica son los dolores habituales en una de las regiones renales ó en ambas, que coinciden con una disminucion de la acidez, con el estado neutro, y sobre todo con la alcalinidad de la orina (con ó sin retencion de este líquido), y una sensacion de debilidad en los miembros inferiores.» Esta definicion debe adoptarse, excepto un solo punto que exige nuevas investigaciones. En efecto, si consultamos las observaciones de nefritis crónica simple presentadas por este autor, vemos que de siete casos cuatro veces no se hace mencion de la debilidad de los miembros inferiores, que una vez habia dolores en estas extremidades que en un enfermo habia una sensacion de cansancio tan pronto en un miembro como en otro, y que en el último estaban débiles las piernas, pero que esta debilidad provenia de una debilidad general ocasionada por una enfermedad crónica extraña al riñon. Si la opinion de Rayer está fundada en otros hechos, no podemos admitirla antes de tener conocimiento de las observaciones.

Esta afeccion ha recibido los mismos nombres que la nefritis simple aguda, á los que se ha añadido el epíteto de crónica. En algunos casos se la ha designado tambien con el de *tísis renal*, así como á las demás enfermedades crónicas de los riñones.

El corto número de observaciones referidas por el autor que acabo de citar, prueba que la nefritis crónica simple, sobrevenida sin haber otras afecciones mas ó menos graves, es una enfermedad muy rara, como pueden cerciorarse de ello diariamente los prácticos; es mas frecuente ver que esta afeccion se desarrolla consecutivamente, sobre todo en las demás enfermedades del aparato génitourinario.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—En la nefritis crónica simple es en la que principalmente se manifiesta la influencia de la *edad*. Así es que no acomete á los niños, y se puede decir de un modo casi absoluto, sino cuando padecen de cálculos urinarios, y esto nunca sucede antes de la edad de siete ú ocho años. Tambien los ancianos están muy espuestos á ella. Sin embargo, como las enfermedades de las demás partes de las vias génitourinarias son, como vamos á ver, una de las condiciones importantes de su produccion, no es raro ver que se manifiesta en los adultos.

Ningun dato positivo tenemos acerca de la influencia del *sexo*, y tampoco podemos decir mas sobre la influencia de la *constitucion*, porque si bien los enfermos atacados de nefritis crónica simple se

presentan con los signos de una mala constitucion, se debe mas bien atribuir por lo general este deterioro á los progresos de esta enfermedad y de las que la han precedido que á un estado congénito particular.

En cuanto á los *hábitos higiénicos*, á la *influencia de las estaciones* y aun de los *climas*, todavía está por estudiar. Sin embargo, como la presencia de los *cálculos* en los riñones es una de las causas mas eficaces, tanto de la nefritis crónica como de la nefritis aguda, creo debo remitir al lector al artículo dedicado á la historia de los *cálculos renales*, á fin de que pueda por induccion juzgar aproximadamente de la influencia de las causas predisponentes que se acaban de mencionar.

La nefritis aguda simple, ¿tiene tendencia marcada á convertirse en nefritis crónica? ó en otros términos, los sugetos afectados de esta enfermedad en el estado agudo, ¿están espuestos á verla continuar bajo la forma crónica, y basta para que suceda así que obren algunas causas ocasionales particulares? Es difícil responder á esta cuestion. Sin embargo, los autores no han vacilado en pronunciarse por la afirmativa; pero si consultamos los hechos vemos que no está justificada esta opinion respecto de la nefritis crónica simple no calculosa. En efecto, si la afeccion es poco intensa y no se termina por supuracion, el enfermo se cura completamente; si sobreviene la supuracion, ó bien sucumben los pacientes, lo que sucede casi siempre, ó bien se evacua el pus por las vias indicadas anteriormente, en cuyo caso pueden aquellos curarse radicalmente. Solo en los casos en que quedase una fístula renal, de lo que no tengo noticia ni de un solo hecho auténtico en los casos de que se trata, se veria que los síntomas de una enfermedad crónica siguen á una afeccion aguda; pero no se podria decir entonces de un modo exacto que la nefritis aguda simple habia terminado por una nefritis crónica igualmente simple. En cuanto á la nefritis calculosa, no es dudoso que los accidentes toman un carácter de cronicidad al cabo de cierto tiempo y en bastantes sugetos. Despues de haber producido ataques agudos mas ó menos numerosos, los cálculos acaban por ocasionar la desorganizacion de los riñones, cuya sustancia está mas ó menos completamente destruida por una inflamacion crónica.

2.° *Causas ocasionales.*—La principal causa ocasional de la nefritis crónica es la *irritacion permanente que producen los cálculos*.

Las *obstrucciones*, la *estrechez* y la *obliteracion de los uréteres*, son, como en la nefritis aguda, las causas que se presentan con bastante frecuencia. Las enfermedades crónicas de la *vejiga*, las *estrecheces del conducto de la uretra*, etc., pueden tener el mismo resultado. Rayer ha citado ejemplos de nefritis crónica simple sobrevenida á consecuencia de *enfermedades de la próstata*, del *útero* y de la *médula espinal* (principalmente de la paraplegia).

De ningun modo existen las relaciones indicadas por Rayer entre

la nefritis simple y las enfermedades cerebrales, la hidropesía, la tísis, etc., pues son simples coincidencias que apenas merecen se haga mencion de ellas.

§ III.—Síntomas.

Invasion.—La invasion de la enfermedad es las mas veces oscura, porque el dolor renal, que para el enfermo es el único síntoma perceptible, es muy leve al principio. Sin embargo, se puede atribuir en parte al poco rigor que se ha tenido en el interrogatorio de los enfermos, la incertidumbre que en el mayor número de casos reina acerca de la invasion. «Las mas veces, dice Rayer, solo en los casos en que es muy antigua la enfermedad, ó la emision de la orina es muy frecuente y molesta, ó que este líquido es habitualmente turbio, es cuando los enfermos ya debilitados reclaman los auxilios del arte. Muchas veces tambien los pacientes no llamarian la atencion del médico sobre el estado de los riñones y de su secrecion, si no les obligara á ello la existencia de otra enfermedad de las vias urinarias, tal como una estrechez de la uretra ó una enfermedad de la vejiga.» (Rayer.)

«Los que se hallan atacados de una estrechez de la uretra experimentan algunos ligeros dolores en los riñones sin que apliquen ningun remedio á esta parte; y estos dolores, preludios de la nefritis crónica, se reproducen en épocas mas ó menos distantes. Entonces la orina es poco ácida, neutra ó alcalina, y contiene siempre moco. Algunas veces el dolor solo dura unas pocas horas, y la alteracion de la orina existe por espacio de algunas semanas. Mas adelante se aproximan los ataques, el dolor de los riñones se hace habitual, pero sordo, y la secrecion urinaria se halla trastornada por mucho tiempo. Por lo demás, este estado persiste en tanto que no se ha curado la estrechez.» (Rayer.)

Síntomas.—El *dolor* que por sí solo, como acabamos de ver, ha marcado la invasion de la enfermedad, persiste hasta el fin con exacerbaciones mas ó menos marcadas ó mas bien simples exacerbaciones pasajeras, porque no se deben atribuir á la misma nefritis crónica los violentos dolores que en cierto número de casos se presentan con intervalos mas ó menos largos. Entonces, sobre todo si existe un movimiento febril, no se puede dudar que ha venido una inflamacion aguda á exacerbar una flegmasía crónica, lo que principalmente sucede en los casos de cálculos renales que en ciertas épocas producen una irritacion mayor y una inflamacion consecutiva, ó bien mudan de sitio, interceptan el curso de los líquidos, etc.

El dolor que propiamente corresponde á la nefritis crónica es sordo, profundo, y á veces solo consiste en una incomodidad mas ó menos grande. «Es por lo general tan oscuro, segun dice Rayer, que las mas veces no harian mencion de él los enfermos si no se

les preguntase sobre este punto, y si no se les hiciese temible comprimiéndoles mas ó menos fuertemente con la mano las regiones lumbares.»

En la afeccion de que aquí tratamos casi nunca se observa el dolor de los testículos, tan notablemente en la nefritis aguda. Cuando existe, casi siempre es porque han sobrevenido síntomas de agudeza.

Este dolor *expontáneo* que acabamos de describir no es el único que debe llamar la atencion, sino que es preciso tener en consideracion el *dolor á la presion*. Para hacer la exploracion es necesario proceder como en los casos de nefritis aguda, es decir, comprimir fuertemente en el vacío izquierdo y en la region lumbar, procurando comprimir el riñon. Solo en el momento en que la presion llega á este órgano es cuando el dolor se aumenta sensiblemente, lo que le distingue del que ocasiona el lumbago crónico. Los diversos movimientos del enfermo exasperan mucho menos este dolor que el dolor vivo de la nefritis aguda; sin embargo, una carrera algo larga le hace mucho mas manifiesto, y esta exacerbacion es bastante mas marcada durante los paseos ó viajes en carruaje. No obstante, ya veremos mas adelante que es mucho menor en la nefritis simple crónica no calculosa, que en la que tiene por causa los cálculos urinarios, lo que se explica demasiado fácilmente para que sea necesario insistir mas en este punto. Las reflexiones que he hecho al hablar de la *percusion* en el artículo NEFRITIS AGUDA son enteramente aplicables á la nefritis crónica.

En la inflamacion crónica del riñon no se observa la supresion de la orina que hemos indicado en la inflamacion aguda, pero hay algunos signos que prueban que la *secrecion de este líquido se halla alterada* en cierto grado. He dicho anteriormente que se halla *disminuida su acidez*, y que tambien es reemplazada por la alcalinidad, cuando la afeccion llega á un alto grado.

«En la nefritis crónica, dice Rayer, cuando la orina es alcalina, casi siempre está turbia, á no ser que la produccion de los fosfatos sea muy poco considerable. He visto algunas de estas orinas alcalinas dar un sedimento amorfo, casi enteramente compuesto de fosfato de cal, en el cual no se distinguian cristales de fosfato amoniaco magnesiano, glóbulos mucosos, etc.; y muy rara vez este sedimento estaba casi enteramente compuesto de cristales de fosfato amoniaco magnesiano. En fin, en la mayor parte de los casos la orina contenia estas dos sales y glóbulos mucosos en suspension, y una corta cantidad de uratos. En resúmen, la nefritis crónica es una de las condiciones que mas favorecen la produccion de los cálculos fosfáticos.» Estas alteraciones de la orina deben fijar la atencion de los prácticos, y sobre todo es preciso no olvidar que se debe comprobar la alcalinidad de la orina en el *momento de la emision*, porque despues este signo no tendria ningun valor.

En cuanto á la *excrecion* de este líquido, basta decir que la orina, que repito que no se halla suprimida, es, sin embargo, arrojada en *escasa cantidad*, pero con *frecuencia*. Por lo general los enfermos tienen mas conatos de orinar que las personas que se hallan en buena salud, y se ven obligados á satisfacer mas pronto esta necesidad.

Tales son los *síntomas locales* de la nefritis crónica simple. No he hablado de los dolores á veces vivos que producen los cálculos, ni de la emision de mayor ó menor cantidad de pus con la orina, porque estos síntomas descritos por los autores que escribieron antes de estos últimos años no pertenecen mas á la nefritis crónica propiamente dicha, que á la nefritis aguda.

En la forma crónica de esta enfermedad no se han notado esos *trastornos digestivos* intensos que se han atribuido á la nefritis crónica. Así, pues, no se ha hablado de náuseas, ni de arcadas, ni de vómitos. Ordinariamente hay disminucion del *apetito*, *trastorno de las digestiones* y *extreñimiento;* pero esto sucede expecialmente en los casos en que la nefritis crónica es consecutiva, de manera que no se la puede atribuir, á lo menos únicamente, estos síntomas que pertenecen principalmente á las enfermedades durante cuyo curso se desarrolla.

Los *síntomas generales* son poco marcados al principio, cuando la nefritis es simple y solo es una consecuencia de los desórdenes causados por la presencia de los cálculos. En seguida van aumentando, pero de un modo lento, de tal suerte que no hay *fiebre* ó es muy poco intensa, y sin embargo los enfermos van debilitándose y aniquilándose de una manera sensible, aunque no presentan los signos conocidos de la fiebre hética. Bien se concibe que si por una causa cualquiera se apodera la supuracion del riñon, se manifestarán estos signos como en todos los casos del mismo género. Por lo demás es raro, como es fácil cerciorarse recorriendo las observaciones, que se llame al médico para reconocer la extenuacion lenta no febril, lo cual depende de que la enfermedad de los riñones coexiste con otras afecciones que son las principales causas de la muerte, y que dan lugar á los síntomas de la fiebre lenta. Estas son principalmente las enfermedades orgánicas crónicas de la vejiga y del útero, y mas todavía los desórdenes ocasionados por los cálculos en los conductos urinarios, desórdenes de los que no es por lo comun mas que una de las últimas consecuencias la inflamacion crónica de la sustancia renal.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de la enfermedad es ordinariamente contínuo y muy lento; pero para que así suceda es menester que no sea complicada ni consecutiva, lo que es un caso muy raro, como se ha visto ya. En

los demás es muy difícil encontrar nada fijo en el curso de la enfermedad, pues estando bajo la influencia de afecciones orgánicas muy diversas, y que por sí mismas pueden tener un curso muy diferente segun las circunstancias, es patente que debe variar aquella casi hasta el infinito. Solo decimos que cuando existen cálculos renales, las exacerbaciones debidas á la mudanza de sitio de los cálculos dan mas ó menos frecuentemente un nuevo grado de intensidad á los síntomas, y ocasionan momentáneamente una inflamacion aguda mas ó menos viva.

En el estado actual de la ciencia no se puede fijar la *duracion* de la enfermedad, ni aun aproximadamente, y todo lo que se puede decir es que por lo comun es bastante considerable.

La *terminacion* fué favorable en algunos casos muy sencillos citados por Rayer; pero generalmente persiste la enfermedad hasta que el enfermo sucumbe de otra afeccion, porque aunque la nefritis crónica produce cierto grado de aniquilamiento, es sumamente raro que sea la verdadera causa de la muerte. Esta proposicion pareceria extraña si no hubiese tenido cuidado de decir muchas veces que los desórdenes ocasionados por los cálculos en los cálices, la pélvis y los uréteres no deben confundirse con la nefritis propiamente dicha.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Se ha indicado como muy propio de la nefritis crónica, que ha invadido la totalidad del órgano, una atrofia mas ó menos notable: «Esta regla, añade, tiene, sin embargo, sus excepciones. Así, pues, los riñones presentan algunas veces una verdadera hipertrofia de su sustancia cortical, sobre la cual están diseminadas manchas blancas prominentes, que parece se hallan constituidas por una materia fibroso-celulosa situada entre la superficie externa del riñon y su cubierta. He visto casos en que teniendo los riñones su volúmen ordinario presentaban exteriormente manchas mucho mas anchas de color blanco amarillento, formada por una sustancia que tenia la apariencia de antiguos depósitos de materia coagulable. Por lo general el tejido de los riñones es mas duro, y á igualdad de volúmen, son mas pesados que en el estado sano.» (Rayer.)

Es igualmente notable el estado rugoso, grumoso ó jaspeado de los riñones. Algunas veces hay tambien depresiones marcadas en su superficie y sustancia melánica en su tejido. Rayer ha indicado un estado anémico, ya parcial, ya general, que no ocupaba por lo comun mas que la sustancia cortical. La induracion se agrega con bastante frecuencia á estas lesiones.

La consecuencia de la inflamacion crónica de los riñones puede ser una atrofia mas notable que la precedente, y Rayer ha visto algunas veces en casos de este género verdaderas «cicatrices que se

podian reconocer en una ó muchas depresiones grises, parduscas ó apizarradas, á las que está muy adherente la membrana fibrosa, aunque esté separada de ellas por la membrana celulosa, que en este punto es mucho mas dura y mas gruesa, y los vasos situados debajo de ella están con frecuencia mas desarrollados que en el estado sano.» Sobre este punto se pudieran suscitar las mismas objeciones que hemos visto presentarse cuando se ha tratado de las depresiones ó de las induraciones radiadas del hígado.

La deformidad de los mamelones á consecuencia de la induracion, la inyeccion de las membranas exteriores de los riñones, su adherencia, su condensacion, su trasformacion en sustancia fibrosa cartilaginosa ó huesosa, vienen á completar el cuadro de estas lesiones. Nos falta la relacion exacta de estas alteraciones con los síntomas de la enfermedad, lo que es, sin embargo, el punto mas interesante. Todas estas alteraciones tienen mas ó menos analogía con las de la enfermedad de Bright, la cual es una nefritis crónica, y no existiendo la presencia de los síntomas de la albuminuria en un caso y su ausencia en el otro, será difícil distinguir cada una de estas afecciones. Estas nefritis crónicas no son, en efecto, sino degeneraciones de los riñones *que no se las puede distinguir de ciertas formas de la enfermedad de Bright*, y que no se revelan sin la presencia de la albúmina en las orinas. Roberts (1) y Hamilton han citado, el primero una, el segundo dos observaciones muy concluyentes á este respecto. Estos hechos y otros que tendremos ocasion de recordar, prueban que no hay, como lo piensa Lebert, ningun límite posible entre la nefritis crónica simple y la enfermedad de Bright.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

«En la *pielitis*, dice, hay constantemente secrecion de pus ó de moco purulento, y las mas veces una orina turbia y un sedimento purulento. En la nefritis crónica, si la orina es turbia, esto depende las mas veces de la presencia de fosfatos en suspension (Rayer). En la mayor parte de las pielitis crónicas, sobre todo en las que son producidas por la presencia de un cálculo, el pus se acumula en la cavidad de la pélvis y de los cálices, los distiende y trasforma el riñon en una cavidad multilocular, que se puede reconocer por la palpacion.

El *lumbago crónico* es, despues de la pielitis crónica, la única afeccion que puede realmente confundirse con la nefritis crónica, y todavía seria necesario para esto que fuese el exámen bien superficial, porque los signos expuestos al hablar de la nefritis y del lumbago agudo se presentan aquí con un valor diferencial aun

(1) Roberts, *Urinary and renal diseases*. London, 1865, p. 333.

mayor (1). Así, pues, en la nefritis crónica no se siente ó casi no se percibe el dolor en los movimientos del tronco, siendo así que constituye el síntoma esencial del lumbago. En este último no hay ninguna de las alteraciones de la secrecion y escrecion urinarias que se han indicado anteriormente.

Pronóstico.—Es muy grave, por dos razones: la primera porque como todas las lesiones orgánicas crónicas, las que constituyen la nefritis tienen mas bien tendencia á aumentar sin cesar que á disminuir, aun bajo la influencia de los medios que parecian los mas apropiados; y la segunda porque, como he dicho ya, la inflamacion de los riñones se manifiesta casi siempre en el curso de otras afecciones, ya de las vias urinarias, ya de otro aparato de órganos, que por sí solas bastarian para causar la muerte. Sin embargo, Rayer ha citado algunos casos en que han cedido los síntomas de la nefritis crónica á medios muy sencillos que vamos á indicar; pero los casos de este género son muy raros, y muy de temer las recidivas.

§ VII.—Tratamiento.

Cuando la nefritis crónica no es producida por una estrechez de la uretra, ó por una enfermedad de la vejiga ó de la próstata, las *erupciones artificiales* ó los *exutorios* pueden algunas veces prevenir ó alejar la repeticion de nuevos ataques. Rayer los ha empleado sin buen éxito en sugetos debilitados, y que despues de haber tenido durante largo tiempo las dos regiones renales dolorosas, presentaban por todo síntoma de nefritis crónica la emision frecuente de una orina alcalina y turbia, y un enflaquecimiento que no explicaba ninguna otra circunstancia.

Se ha aconsejado el uso de los *ácidos minerales* y *vejetales*, y particularmente el del *ácido muriático* para hacer cesar la alcalinidad de la orina é impedir la precipitacion de las sales fosfáticas, que pueden dar lugar á la formacion de concreciones calculosas. Rara vez se consigue con el uso de los ácidos el objeto que el profesor se propone, pues las mas veces está la orina alcalina y turbia, el estado de la constitucion no se mejora y el estómago se cansa, y las mas veces estos remedios, tomados á dósis altas, son mas dañosos que útiles.

He visto en algunos obreros que padecian de nefritis crónica que la orina se volvia ácida y trasparente al cabo de quince dias de *quietud* y de una *buena alimentacion*, y despues de una ó muchas aplicaciones de *ventosas escarificadas;* pero se enturbiaba algunas veces de nuevo despues de hacer uso de peores alimentos ó de emprender nuevas fatigas.

Rayer ha ensayado comparativamente el *régimen vegetal* y el

(1) Véase mas arriba el artículo NEFRITIS SIMPLE AGUDA.

animal, y *he observado que era preferible este último*. Bajo su influencia, no solo se ha modificado ventajosamente la secrecion urinaria en cierto número de casos, sino que se ha mejorado el estado de la constitucion, si bien ha persistido la alteracion de la secrecion de la orina.

Cuando los enfermos atacados de nefritis crónica con orina alcalina y turbia se hallan incomodados por la frecuente necesidad de orinar, se puede algunas veces calmar este accidente por medio del *opio*, de las lavativas *opiadas* y *alcanforadas*, de las *unturas narcóticas* y del uso repetido de *baños de asiento* emolientes. Algunas veces se emplea con buen éxito el cocimiento de *pareira brava acidulado*, el *extracto de gayuba (uva ursi)* combinado con el extracto de *lúpulo* y de *beleño*, el *cocimiento de gayuba*, la *infusion de semilla de zanahoria* ó el de *hojas de la diosma afestonada*.

Como todas estas preparaciones son mas ó menos escitantes, se debe suspender su uso en los paroxismos de las nefritis crónicas. La *quietud*, los *baños narcóticos*, los *exutorios en los lomos*, el *régimen animal*, las *bebidas tónicas* y *resolutivas* y las *preparaciones ferruginosas* son inútiles, y nada detiene los progresos del mal en ciertos casos de nefritis crónica doble. Entonces la enfermedad se complica unas veces con diarrea que acelera el aniquilamiento, y otras con un catarro pulmonar ó una afeccion tuberculosa. El uso de la *triaca*, del *diascordio* ó del *opio* á cortas dósis *(grano y medio en las veinticuatro horas, á dósis de un cuarto de grano)*, el cuidado habitual en el régimen, una multitud de precauciones y comodidades que la riqueza ó bienestar permiten procurarse, y el uso calculado de ciertos *paliativos*, han podido algunas veces prolongar la vida por espacio de muchos años; pero en los enfermos de las clases trabajadoras, á quienes la necesidad obliga á hacer violentos trabajos ó á exponerse á frecuentes variaciones de temperatura, se multiplican las recaídas, se agravan las complicaciones y no tarda mucho en verificarse la muerte. (Rayer.)

Entre todos los medios que se acaban de enumerar, los que deben preferirse, segun ha demostrado una mejoría mas ó menos marcada y prolongada, son la *quietud*, el *buen régimen*, las *emisiones sanguíneas locales*, los *narcóticos* y los *exutorios* (expecialmente los *cauterios*) en la region lumbar.

ARTÍCULO IV.

NEFRITIS REUMÁTICA, GOTOSA, POR VENENOS SÉPTICOS.

Nadie puede negar que las nefritis presentan caractéres variables segun las causas que las produce, y que reclaman, segun los casos, medicaciones diferentes.

1.° *Nefritis reumática.*—Segun Bouillaud, el reumatismo del ri-

ñon no es tan raro como se cree, sin embargo, existen pocas observaciones concluyentes de localizacion del reumatismo en los riñones. Rayer ha insistido sobre esto, y Monneret (1) ha aceptado sus ideas. Cuando se reflexiona en la afinidad del reumatismo para todas las membranas fibrosas, no puede dejar de creerse en la posibilidad de una nefritis reumática. Toda nefritis que se desarrolle en un terreno invadido por el reumatismo no será reumática por esto, porque dista mucho de estar probado, en patología general, que una inflamacion simple no puede ser tal que tenga la condicion de acometer á una constitucion vírgen de todo elemento diatésico; aun es necesario que la nefritis reumática presente caractéres de esta inflamacion específica, y no aparezca ser una participacion comun del riñon en el estado morboso general.

En general es muy difícil hallar atributos especiales en la nefritis que alguna vez forma parte del cuadro sintomatológico del reumatismo generalizado, y en el cual se reconocen, sin embargo, los signos y las lesiones en órganos distintos del riñon. Estos son, no obstante, los casos de este género que han servido para constituir la pretendida variedad de la nefritis reumática.

Segun confesion del mismo Rayer, esta nefritis no tiene ningun síntoma propio: el dolor lumbar no existe siempre, y no se distingue en nada de los que no son reumáticos; el dolor y la retraccion del testículo, aunque no faltan con frecuencia, se hallan tambien en otras afecciones renales; la secrecion urinaria no está mas disminuida que cuando el reumatismo no tiene estas manifestaciones; la misma orina solo presenta un sedimento que tira á rojo de ácido úrico y de uratos, comun á todos los casos de reumatismo agudo.

Un solo hecho tendrá algun valor, este es la *lesion* anatómica notada alguna vez por Rayer, la cual era constante y presentaba una completa semejanza con los productos patológicos habituales del reumatismo. Esta lesion consiste en depósitos sólidos de linfa coagulable en la superficie y en la sustancia cortical del riñon, cuando la alteracion es reciente, y en depresiones de fondo amarillento en la superficie del órgano con condensacion del parénquima, producidas en ciertos puntos, cuando la enfermedad es mas antigua, por la retraccion de los depósitos plásticos cuando han experimentado la absorcion.

Mas esta lesion, que por lo demás no corresponde á síntomas determinados, no es exclusiva de la nefritis de los reumáticos; se encuentra en la nefritis simple, y en la que nosotros llamamos, con Rayer, nefritis por *venenos sépticos*. Es necesario aun añadir que en los casos en que se hallaban en la autopsia las falsas membranas plásticas estaban frecuentemente asociadas á pequeños depósitos purulentos.

(1) Monneret, *La goutte et le rhumatisme*, thése de concours. Paris, 1851, p. 47.

El tratamiento en nada se diferencia de el del reumatismo en cuanto á las indicaciones generales, y apenas podrá ser mas que el de la nefritis simple, en lo que concierne á las indicaciones locales

2.° *Nefritis gotosa.*—Esta variedad es susceptible de todas las restricciones puestas al principio de este artículo. No es jamás otra cosa que la *nefritis de los gotosos*, y no se caracteriza por ningun síntoma ni por ninguna lesion propia.

La gota, muy análoga, sin ser idéntica al mal de piedra, es como esta última, la eliminacion de materiales azoados no gastados en la economía, pero falta el que todos los gotosos tengan piedras. Segun Durand-Fardel (1), el mal de piedra se encontrará apenas en la mitad de los gotosos.

Notamos desde luego, en cuanto á la *sintomatologia* de la nefritis, dicha gotosa, que no se ha supuesto generalmente esta afeccion sino cuando se han reconocido cristales ó arenillas mas ó menos considerables en la orina, alguna vez una ligera hematuria y un poco de albúmina, todo acompañado de un dolor renal que no se distingue en nada del que puede manifestarse en cualquiera otra afeccion del riñon. Resulta que se puede estar cierto de tratar del mal de piedra en un gotoso, y que nada es mas fácil que explicar, por la presencia de polvo úrico en las vias urinarias y aun en los tubos renales, todo el conjunto de los fenómenos observados. Mas estos fenómenos son los del mal de piedra, y no los de la gota.

En cuanto á la nefritis, puede existir realmente; pero es una nefritis simple, determinada por los granos de ácido úrico, que obran como cuerpo extraño sobre los riñones, y que, en el hecho, no hay *lesiones anatómicas* diferentes de las de las nefritis simples, y sobre todo crónicas de causa comun; estas inflamaciones, dice Monneret (2), no tienen de especial mas que la causa que las provoca. El solo caso en que las lesiones han presentado alguna cosa un poco insólita, y que está descrita por Rayer, no escapa de esta regla. Los dos riñones presentaban gruesos mamelones blanquecinos, separados por depresiones de fondo rojizo, vascularizado. Estos mamelones estaban fuertemente adheridos á la cápsula; la sustancia cortical estaba muy pálida, y por partes, de un tinte amarillento y trasparente, casi como en uno de los estados de la nefritis albuminosa. Las pélvis de los riñones un poco dilatadas y arborizadas, conteniendo un gran número de pequeñas arenillas amarillas de ácido úrico.

No hay razon para que varios autores contemporáneos hayan intentado hacer considerar como una especie de mal de piedra úrico á un estado fisiológico que se presenta muy frecuentemente en los niños pocos dias despues del nacimiento, y que consiste en la acumulacion

(1) Duraud-Fardel, Eugéne Le Bret et J. Lefort, *Dictionaire général des eaux minérales et d'hydrolog. méd.* Paris, 1860, t. II, p. 46.
(2) Monneret, thése citée, p. 10.

de numerosos cristales de ácido úrico y de uratos en los tubos uriníferos. (Véase el art. MAL DE PIEDRA.)

Veremos, en el artículo ALBUMINURIA, que en un gran número de circunstancias la gota ha podido ser el punto de partida de la albuminuria, lo cual se explica por la excitacion habitual del riñon. Esta albuminuria puede hacerse crónica, y en semejante caso se ha manifestado alguna vez la enfermedad de Bright con todos sus caractéres. Allí sucede algo análogo á lo que se presenta en la diabetes, enfermedad que se complica frecuentemente con la albuminuria. Repetimos aquí que muchas enfermedades de los riñones pueden producirse bajo la influencia de la gota, á título de complicaciones, pero que no existe allí, hablando con propiedad, una alteracion de los riñones que merezca el nombre de nefritis gotosa.

3.° *Nefritis por venenos sépticos.*—Esta forma ha sido descrita en las afecciones gangrenosas, en el muermo, la fiebre tifoidea, la viruela, la escarlatina, el sarampion, en las reabsorciones purulentas y la fiebre amarilla. No es otra cosa, segun Hardy y Béhier, de los cuales partimos aquí en la manera de ver, que uno de los elementos de estas enfermedades generales, y que tiene su misma naturaleza.

Los *síntomas* que manifiestan este desórden de parte del riñon, ó bien pasan desapercibidos en razon de la intensidad de la afeccion primitiva y de la postracion de los enfermos en semejante caso; ó bien se asemejan, salvo ligeras modificaciones, á las manifestaciones de la nefritis simple. En las enfermedades carbuncales, en la reabsorcion purulenta se puede ver; en los accidentes renales, solamente la extension de la enfermedad general al riñon. En las fiebres eruptivas, la congestion ó el trabajo morboso observado hácia la piel, se repite hácia el riñon, como lo hace hácia los bronquios, ó hácia el tubo intestinal, lo cual sucede sin que se crea que hay obligacion de reconocer allí una bronquitis, ó una enteritis variolosa, escarlatinosa, etc. En la fiebre tifoidea, los accidentes del lado del riñon son generalmente debidos á la retencion de orina, tan comun en esta afeccion, pero que obra aquí, *vis-á-vis* de la produccion de la nefritis, como pudiera hacer en cualquiera otra circunstancia, sin que hubiera allí fiebre tifoidea. Así, con respecto á los signos que presenta la nefritis por venenos sépticos no merece apenas ser considerada como una variedad especial.

Relativamente á las *lesiones anatómicas* no estamos distantes de decir otro tanto. La nefritis de las fiebres eruptivas es, tal vez, mas particularmente conocida por las hemorragias renales; la de la fiebre tifoidea tiene de particular el que los dos riñones están generalmente atacados, y pueden presentar puntos purulentos: en casos de reabsorcion purulenta, si el riñon participa de los accidentes, se observan naturalmente abscesos metastásicos en la sustancia renal.

El *tratamiento* se dirigirá sobre todo á la enfermedad general, de la que la nefritis es uno de los accidentes; la aparicion de esta com-

plicacion local, cuando es notada, establecerá solamente la indicacion de algunos cuidados particulares, que no serán absolutamente los mismos que los medios empleados contra la nefritis aguda, franca. Se podrá recurrir á algunas *emisiones sanguíneas* locales, y mejor á los *revulsivos*, pomadas irritantes, vejigatorios. Se hará cesar la retencion de orina de la fiebre tifoidea por el *cateterismo* practicado muchas veces por dia: estas tentativas serán ayudadas con el uso de *bebidas diluyentes* y ligeramente diuréticas: se aplicarán algunas *lavativas* emolientes ó laxantes.

Tambien se ha observado una nefritis sifilítica, interesante sobre todo bajo el punto de vista de las lesiones. Su historia parece deberá estar mejor colocada en el artículo que trate de la sífilis visceral.

ARTÍCULO V.

DE LA ALBUMINURIA.

La albuminuria es un fenómeno que se encuentra en un gran número de estados morbosos diferentes: unas veces es un síntoma puramente accidental, transitorio, que no está comprendido en el cuadro de la enfermedad que complica; otras veces, al contrario, es un epifenómeno, si no necesario, al menos previsto de la enfermedad. En todos los casos este fenómeno debe ser rigurosamente asociado á la idea de un *desórden ó trastorno de la secrecion renal*, ya sea en su esencia, orgánico ó funcional; y bajo este aspecto, su historia pertenece á la patologia del riñon. En resúmen, este artículo será el prefacio obligado del que tendrá por objeto la enfermedad de Bright, afeccion que no podrá comprenderse bien hasta que se conozca la patologia general de la albuminuria.

Este es sobre todo el punto de vista bajo el cual vamos á tratar la cuestion, no considerando provisionalmente la albuminuria mas que de una manera general y sin unir aun este importante hecho morboso á ninguna entidad determinada.

Comenzaremos por una ojeada histórica, á fin de que el lector pueda mejor comprender los lazos que ligan la albuminuria y la enfermedad de Bright á un gran número de estados morbosos y á fin de que esté al corriente de las modificaciones que sucesivamente ha experimentado la opinion de los médicos por los numerosos é interesantes trabajos de que esta cuestion ha sido objeto desde hace muchos años en Inglaterra, en Francia y Alemania.

§ I.—Consideraciones generales é históricas.—Definicion.

El conocimiento de la albuminuria, es decir, de la presencia de la albúmina en la orina, es de orígen moderno, no podia datar en efecto, sino del dia en que la análisis química ha permitido reconocer en

los líquidos del organismo un principio, cuya presencia podian sospechar, pero no demostrar, los antiguos. Esta cuestion es de las que propiamente pertenecen á nuestra época de observacion exacta, de análisis química, de resultados rigurosos.

El descubrimiento de la albúmina en la orina data del siglo último solamente: así es como por algunas afecciones ó fenómenos morbosos que acompañan de ordinario la albuminuria, fenómenos muy aparentes y tales, que los médicos de todos los tiempos, aun desprovistos de toda nocion de química, podian fácilmente reconocer que es necesario volver al orígen de la cuestion. Entre las afecciones, la mas aparente, la mejor conocida en todo tiempo, es la hidropesía, sobre todo esta especie de hidropesía que invade toda la estension del tejido celular subcutáneo al mismo tiempo que las cavidades serosas, el anasarca.

Es, pues, de los trabajos relativos á las hidropesías lo que se debe referir con este objeto.

Hipócrates ha señalado, entre las causas de las hidropesías, la disminucion de la secrecion urinaria (1); Galeno, en su *Ensayo de clasificacion de las hidropesías*, indica que el hígado no es en semejante caso, como lo creia Erasistrato, el solo órgano enfermo, y dice que hay hidropesías que sobrevienen súbitamente bajo la influencia de trastornos de la secrecion urinaria. Aecio señala el *endurecimiento de los riñones* como produciendo á la larga las hidropesías. La obra de Fernel (2) no contiene mas que una pequeña reseña sobre la hidropesía que procede de los riñones; Van Helmont afirma que las hidropesías reconocen con mucha frecuencia por causa una afeccion de los riñones. Lázaro Riviere (3) admite teóricamente la misma idea Entre los hechos aislados, citaremos la observacion que refiere Bonet (4), segun Heurne, de un hidrópico, cuyos riñones estaban manifiestamente alterados. Morgagni, Lieutaud, J. P. Frank, Portal, refieren muchos casos de retencion de orina, ó de lesiones renales con hidropesía; pero en esta época aun no se sospechaba la existencia de la albuminuria.

En un período nuevo de estudios médicos se ve asomar el método de análisis. El exámen químico de diversos líquidos condujo á Cotugno (5) al descubrimiento de un principio coagulable en la orina. El enfermo, que observaba, era un hidrópico. Cotugno pensó que el suero de la sangre pasaba á la orina. Del mismo modo Cotugno señaló la presencia de la albúmina en la orina de los hidrópicos y diabéticos; pero no pudo sacar conclusiones. Sin embargo, es necesario reconocer que del dia en que la albúmina fué descubierta en la orina,

(1) Hippocrate, *Œuvres complètes*, trad. Littré, t. V, 1846: COAQUES, p. 685.
(2) Fernel, *Universa medicina*. Colonæ Allobr., 1679.
(3) Lazari Riverii *Opera med. univ.: De hydrope*. Lugduni, 1738.
(4) Boneti *Sepulchretum*, lib. III.
(5) Cutunii *De Ischiade nervosa comment*. Viennæ, 1770.

data el orígen verdadero de esta cuestion. Cruikshank, segun Cotugno, examinó las orinas albuminosas, é hizo de este síntoma un carácter nosológico importante y la base de una clasificacion de hidropesía sin albúmina en la orina. Hizo notar igualmente la presencia de la albúmina en la orina de algunos diabéticos (1). Por la misma época, Darwin (2) observaba igualmente la albuminuria en algunos casos de diabetes y de hidropesía. Por esta época la presencia de la albúmina en la orina estaba señalada, pero no interpretada, siendo la opinion general de entonces que esto era una especie de fenómeno crítico, el paso del líquido de la hidropesía á través de los riñones. No se estaba lejos de hacer de esta un signo favorable para el pronóstico, pareciendo que el riñon, en semejante caso, desempeñaba el papel de emuntorio.

Wells es el que demostró la relacion habitual y necesaria en ciertos casos, que existe entre el anasarca y las orinas albuminosas. En el anasarca escarlatinosa fué donde Wells reconoció la albúmina, cuya presencia en la orina notó en dos circunstancias diferentes: 1.° cuando esta orina contenia la materia roja de la sangre; 2.° cuando, aunque incolora, la orina contenia, sin embargo, un principio coagulable, que él llama suero de la sangre (3). En 1812 Wells anunciaba que se debia, para buscar la albúmina en las orinas, tratarlas por el ácido nítrico y el calor. Habiendo examinado la orina de 138 enfermos afectados de hidropesías diferentes de las que sobrevienen en la escarlatina, ha hallado 78 veces la orina albuminosa.

Blackall (4) estudia la etiologia, el curso y la anatomía patológica de las hidropesías, y acepta, como fundada y definitivamente clásica, su division en dos grandes clases, segun que las orinas contienen albúmina ó no la contienen.

Al mismo tiempo, Brande (5) y Scudamore (6) habian notado la disminucion de úrea en las orinas de los albuminúricos. Boerhaave, Margraff, Scholosser y Pott habian señalado ya este producto; Cruikshank lo habia descrito bajo el nombre de *materia extractiva animal*; pero no habia determinado el hecho de la disminucion de la úrea en los enfermos cuya orina contiene albúmina. Alison (de Edimburgo) hácia la misma época (1823), describia una lesion de los riñones consistente en un aspecto mamelonado con induracion, en un enfermo muerto á consecuencia de una hidro-

(1) Cruikshanks dans Rollo, *Cases of the Diabetes mellitus*, ch. VI. London 1798.
(2) Darwin, *Zoonomie*. London 1801.
(3) Wells, *Transact. of a Society for the improvement of medical and chirurg. knowledge*, vol. III, p. 16 et 194.
(4) J. Blackall *Observ. on the nature and cure of Dropsies*. London, 1813.
(5) Brande, *On Account of some changes from disease in the composition of Urine*. London, 1807.
(6) Scudamore, *A Treatise on the nature of Gout and Gravel*. Londres, 1823.

pesía. *El tratado de las afecciones urinarias* del doctor Howship (1823) contiene hechos del mismo género. Además, los médicos franceses no se limitan á recibir los productos de importacion, y las hidropesías con orinas coagulables eran distinguidas (1806 á 1827) por Dupuytren, Nysten, Andral (1), Barbier (d'Amiens) (2); estos dos últimos prestaban igual atencion á la alteracion del líquido urinario y á la lesion renal.

En 1827 Bright expuso los hechos y las deducciones de donde infiere la albuminuria tal como se la conoce en el dia (3). Esto no era una hipótesis que formulaba el autor; introducia en la nosologia una especie nueva. «Hasta el presente, dice (*loc. cit.*), hay una especie »de lesion á que se ha prestado poca atencion, quiero hablar de las »modificaciones que sobrevienen en la extructura de los riñones, y »que, ya se las considere como causa del anasarca, ya bajo el punto »de vista de otras enfermedades, merecen que se les conceda impor»tancia. Cuando estas modificaciones de la sustancia renal de que »hablo se encuentran, las he hallado ligadas á una hidropesía y á la »presencia de la albúmina en las orinas.» Describe el aspecto que toma la orina tratada por el calor en los diferentes casos, sea que se forme una nube ó que se coagulen gruesos copos albuminosos; nota que en algunos casos raros de anasarca pasa á las orinas cierta parte de los elementos de la sangre (parte colorada), representando una hematuria en diversos grados, y que no confunde con la orina incolora albuminosa que se encuentra en los otros casos. Distingue dos formas de hidropesías con orina albuminosa, el anasarca agudo, y por otra parte los casos en que los enfermos han estado largo tiempo afectados de un anasarca sujeto á recidivas, en donde hay alteracion de la fisonomía, demacracion, palidez, aspecto caquéctico; estos casos se muestran especialmente en sugetos de una vida desarreglada y dados á los licores fuertes. «En todos los casos, dice, en que he observado la orina albuminosa, me ha parecido que los riñones habian tomado en la enfermedad una parte muy importante, y que habian sido el asiento de un desórden funcional ó de una lesion orgánica, que hasta ahora no se habia imaginado. En la segunda forma de la enfermedad (crónica) he hallado siempre una alteracion orgánica evidente (*decidedly disorganized*). En la primera forma, cuando la enfermedad era muy reciente, he encontrado los riñones ingurgitados de sangre. En los casos mixtos, cuando el ataque era reciente, y aunque en apariencia reconociese por causa ocasional un exceso de intemperancia, he encontrado tambien los riñones desorganizados.» El trabajo de Bright, en razon de la claridad y simplicidad de las relaciones establecidas entre el síntoma y la lesion anatomo-pa-

(1) Andral, *clinique médicale*, t. III, p. 567. Paris, 1826.
(2) Barbier (d'Amiens), *Précis de pathol. et de thérapeutique*, t. I. Paris, 1827.
(3) Bright, *Reports of medical cases selected with a view of illustrating the symptoms and cure of diseases by a reference to morbid anatomy*, 1827.

tológica, hizo una revolucion tal, que parecia que la enfermedad acababa de ser descubierta por primera vez, y que tomaba, dice Gubler (1), el nombre del que la habia descubierto. Es, sin embargo, cierto que Bright, si ha creido en la doctrina organicista exclusiva que pretende que la lesion renal sea siempre la causa de la albuminuria, no ha esclarecido mas que una parte de este vasto cuadro; pero es probable que este hombre ilustre no profesaba esta idea mas que como tendencia, y que sus partidarios, como sucede todos los dias, han dado á su doctrina un rigor que no tenia: segun algunos, de entre ellos, era aun indispensable rechazar del campo de la enfermedad de Bright las afecciones crónicas con albuminuria y lesiones renales, si la forma anatómica de estas últimas no era idéntica á los casos tipos presentados desde luego por el inventor. El pasaje siguiente ha parecido á algunos autores que podia justificar á Bright del cargo de haber desconocido la importancia del estado general con relacion al de la lesion orgánica.

«La lesion de extructura del riñon, que me ha hecho fijar la atencion sobre este objeto, debe ser considerada como primitiva y como causa de alteracion en la secrecion, ó bien la lesion orgánica no es mas que la consecuencia de una accion morbosa largo tiempo continuada. Esto es lo que no sé decir; la solucion mas probable me parece ser que el desórden funcional de los riñones es el resultado de causas morbosas en gran número que le influyen por intermedio del estómago y de la piel, *sea trastornando el equilibrio de la circulacion*, *sea produciendo una verdadera inflamacion* de los mismos riñones; que si estas influencias ó trastornos persisten por largo tiempo, la alteracion orgánica de los riñones se hace permanente, *persista ó no la accion morbosa*.

Preocupado por el análisis de las orinas, Bright, ayudado de Bostock, establece que la albúmina de las orinas no presentaba todos los caractéres de la del suero de la sangre. Bostock, analizando la sangre de enfermos albuminúricos, reconoció en ella, en muchos casos, *una sustancia de propiedades particulares que parecian aproximarse mucho á las de la urea.*

Christison fué el primero, segun Bright, á señalar hechos de esta naturaleza. En un solo año ha observado veinte casos (2). Estas observaciones, no solamente llevan la confirmacion mas completa á la opinion de Bright, sino que prueban tambien positivamente la presencia de la urea en la sangre de los enfermos afectados de esta especie de hidropesía. Christison halló las lesiones renales solas ó asociadas á alteraciones del corazon ó del hígado; reconoció el poco peso específico de la orina albuminosa, la disminucion de la urea: ha-

(1) Gubler, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. París, 1865, t. II, article ALBUMINURIE, p. 535.

(2) Christison, *Observations on the variety of Dropsy which depend on diseased Kydney* (*The Edinburgh med. and surg. Journal*, Octubre, 1829).

biendo hallado el peso específico del suero de la sangre aumentado, concluyó que este es el suero que pasa á la orina. Señala las causas y los síntomas de la enfermedad, y en particular los síntomas *cerebrales*. Es de notar que insiste, pero sin sacar todas las consecuencias bajo el punto de vista de la preeminencia del desórden funcional sobre la lesion orgánica, en la frecuente curabilidad de esta afeccion, cuando la lesion del órgano secretor no está aun muy avanzada. Hace observar que la hidropesía que se desarrolla á consecuencia de la fiebre escarlatina cede muy frecuentemente á los recursos del arte, que en la especie de hidropesía que sigue á la escarlatina, los riñones están muchas veces enfermos, y que la lesion de estos órganos es la causa probable del derrame hidrópico; luego, dice él, como se sabe generalmente que este género de hidropesía se cura de una manera radical, se puede inferir que la que depende de una lesion de los riñones es igualmente curable en circunstancias favorables. Es muy probable, añade, que en los primeros tiempos esta es una afeccion inflamatoria lenta que se podrá combatir por un tratamiento antiflogístico.

Bien pronto apareció la obra del doctor Cranford Gregory, médico de la enfermería real de Edimburgo (1). El autor señala principalmente los hechos siguientes en la sintomatologia: frecuencia de vómitos y diarrea, dolores lumbares, curso insidioso de la enfermedad que tiende á reproducirse, edema que comienza habitualmente por las manos y la cara. Recomienda como Christison los diuréticos.

Christison publicó de nuevo en 1839 una obra sobre la misma cuestion. Un hecho digno de notarse es que en esta época y en Inglaterra, un cierto número de médicos resistian el arrastramiento general, y protegian contra el organismo victorioso, ciertos principios, de que es menester hacer mencion mas tarde: así Copland, que resistia á creer que la alteracion de los riñones solo basta para producir las hidropesías, y que creia en la preexistencia de una alteracion de la sangre. Al mismo tiempo este autor insistia en la frecuencia muy grande de la orina albuminosa en los niños, á consecuencia de las fiebres eruptivas, sin que allí hubiese alteracion de los riñones.

Por esta misma época los químicos estudiaron la orina independientemente del estudio clínico, y se averiguó la presencia de todos los principios coagulables en la orina: así es que Willis describió las orinas oleo-albuminosas y las orinas quilosas, sin preocuparse de las especies morbosas y de las lesiones correspondientes de los riñones. Sin embargo, la escuela francesa se habia apoderado de la cuestion, y á ella estaba reservado el evitar los errores en que habia incurrido la escuela de Bright. Esta era la época en que Broussais batia

(1) C. Gregory, *On diseased states of the Kidney connected during life with albuminous Urines, illustrated by cases* (*Edinburgh med. and surg. Journal*, Octubre de 1831).

en brecha la especialidad y las entidades morbosas: se debe principalmente á la doctrina fisiológica no ver en Francia en la enfermedad de Bright, sino las consecuencias de un trabajo inflamatorio; la *granular Kidney* se hacia menos necesaria, y allí habia *una nefritis albuminosa*, lo cual aminoraba mucho la idea de especificidad de la enfermedad, puesto que el síntoma albuminuria podia corresponder á una simple fluxion inflamatoria, á la hiperemia renal ó á la accion de una causa irritante cualquiera.

Los síntomas que acompañan las orinas albuminosas y la anatomía patológica de los diversos estados morbosos que las presentan fueron desde entonces mejor estudiados, y se han podido introducir distinciones en los hechos observados hasta aquella época y recogidos con cierta precipitacion. Esto es lo que se puede reconocer en los trabajos, inspirados la mayor parte por Rayer, mucho tiempo antes de la publicacion de su grande obra sobre las enfermedades de los riñones, y de los cuales los principales son debidos á Tissot (1), Sabatier (2), Monassot (3), A. Désir (4) y Genest (5).

En su Memoria A. Désir pretendió no limitarse á la descripcion de la enfermedad granulosa de Bright. Consagra un largo capítulo á la análisis química de las orinas albuminosas. El autor se ocupa en seguida de la *investigacion de las orinas albuminosas en las enfermedades*, y señala varias en que ha notado este fenómeno y su duracion temporal.

Las conclusiones de esta tésis tienen un valor que no se puede desconocer, y demuestran la claridad que habia adquirido esta cuestion. Véase la principal de estas conclusiones:

«La presencia de la albúmina en las orinas, siendo un fenómeno comun á muchas enfermedades agudas y crónicas de las vias urinarias, demanda el concurso de muchos otros síntomas ó de signos negativos para adquirir una significacion positiva en el diagnóstico. Útil en la determinacion de muchas enfermedades, tiene una importancia capital en el diagnóstico de las hidropesías y de las afecciones que las producen; este es el síntoma mas constante, y, durante la vida, el signo mas positivo de la nefritis albuminosa. En fin, la presencia de la albúmina, como signo, puede servir para fijar un punto de pronóstico de la diabetes, para establecer el diagnóstico de los tubérculos de los riñones, de los cálices y de las pélvis, y para reco-

(1) Tissot, *De l'hydropisie causée par l'affection granuleuse des reins*, thèse de Paris, 1833.

(2) Sabatier, *Considérations et observations sur l'hydropisie symtomatique du'ne lésion spéciale des reins* (*Archives générales de médecine*, 1834).

(3) Monassot, *Étude sur la granulation des reins*, thèse de Paris, 1835.

(4) A. Désir, *Dé la présence de l'albumine dans les urines, considérée comme phénomène et comme signe dans les maladies*, thèse de Paris, 1835.

(5) Genest, *État actuel des connaissances sur la maladie des reins désignée sous les dénominations de maladie de Bright, etc.* (*Gazette médicale de Paris*. 1836, p. 449).

nocer otras alteraciones orgánicas de las vias urinarias.» Désir indicaba además que era necesario asegurarse de que la orina era coagulable por el calor y por el ácido nítrico.

Genest describió la forma aguda, segun Rayer, é intentó establecer que *la alteracion de los riñones precede á la alteracion de la sangre y de los fluidos serosos*, proposicion que era contraria á la opinion que Graves emitia sobre el mismo objeto. Bouillaud demostraba, hácia la misma época, que las orinas albuminosas pueden existir en el curso de muchas enfermedades agudas. Forget refiere algunas observaciones de hidropesía con lesiones renales.

En 1838 apareció el Tratado de Martin Solon (1), que marca verdaderamente el principio de un tercer período. El título del libro puede ser criticado, porque albuminuria é hidropesía no son sinónimos bajo ningun aspecto; pero es necesario saber percibir la intencion del autor en la aproximacion que hace de cierto número de estados morbosos diferentes, comprendiendo en ellos la albuminuria crítica, que presentan todos el síntoma comun de albúmina en la orina. Para fijar la independencia del fenómeno, Martin Solon creó la palabra afortunada de *albuminuria*, que debia ser tan beneficiosa á la ciencia (Gubler) y comprendia una idea tan vasta como verdadera.

Martin Solon se pregunta si la lesion de los riñones es constante, y se apoya en ciertos hechos observados por él, así como en la opinion de Graves y de Gregory, para admitir que puede haber albuminuria sin lesion renal. Admite que la funcion renal puede estar modificada por obstáculo de la circulacion en los enfermos del corazon. Estos hechos deben, dice, formar una clase aparte, pero no quitan de ningun modo su valor á los hechos descritos por Bright.

En 1838 igualmente Graves sostenia que la albuminuria debe distinguirse de la enfermedad de Bright; que el estado albuminoso de las orinas es la causa y no el efecto de la alteracion granulosa del riñon; daba al mismo tiempo, con una notable sagacidad, la teoría patogénica de la enfermedad de Bright. «Como, dice, la secrecion de la orina se verifica en los tubos extremadamente finos de la sustancia cortical de los riñones, y como esta secrecion está acompañada de la de ciertas sales y ácidos, no sorprende que se separe por la coagulacion un depósito de materias albuminosas que quedaba en los tubos secretores, los cuales gradualmente se llenan y distienden y dan así orígen á la obliteracion del tejido, lo cual forma la enfermedad dicha de Bright. Reservamos para los párrafos II y IV el exámen de esta teoría, restablecida despues por muchos autores, y que cuenta muchos partidarios. Esta teoría, además, está de acuerdo con los trabajos emprendidos en esta época en Alemania, principalmente por Valentin, sobre la extructura de los riñones.

(1) Martin Solon, *Albuminurie ou hydropisie causée par la maladie des reins; sur les modifications de l'urine dans cet état morbide, à l'époque critique des maladies aiguës et durant le cours de quelques affections bilieuses*. Paris, 1838.

Christison, despues de muchas Memorias publicadas sobre este objeto (véase mas arriba), revisaba en 1839 sus trabajos y los de sus contemporáneos, y en una segunda obra intentaba dar una solucion definitiva á la cuestion (1). Rechazaba la expresion de *albuminuria* como demasiado general, la de *nefritis albuminosa* (Rayer), como aplicándose á afecciones diversas de los riñones, y la de *degeneracion granulosa*, porque el riñon no está siempre granuloso. Así Christison se habia detenido en el estudio exclusivo de la enfermedad de Bright. Insiste mucho sobre los *síntomas cerebrales*, que atribuye á la retencion de la *urea* en la sangre, y sobre el hecho de que la enfermedad puede ser mortal sin que haya hidropesía.

En 1839 Addison (2) estudió especialmente los síntomas cerebrales que se encuentran en ciertas albuminurias, é indicó la eclampsia albuminúrica.

En fin, apareció en 1840 el libro de Rayer (3). Este libro tiene, sobre todo, por objeto la historia de las lesiones renales y los síntomas que á ellas parece deben referirse: le mencionamos, sin embargo, en estas consideraciones generales sobre la albuminuria, á causa del carácter que revela en la direccion de los estudios hechos en esta época sobre este objeto, direccion notablemente diferente de la de la escuela que piensa seguir las tradiciones de Bright.

La expresion *nefritis albuminosa* adoptada por el autor no prejuzga nada en cuanto á las diversas variedades ó grados de lesiones anatómicas de que los riñones son asiento. La descripcion de las lesiones anatómicas, comprendiendo seis grados, fué adoptada sin tardanza y se consideró clásica; esto era mas de lo que Bright habia podido hacer. La enfermedad de Bright fué completada, por decirlo así, y perfeccionada bajo el punto de vista de la anatomía patológica; la semeiotica de las orinas fué tratada con el mismo cuidado.

Además Rayer consagra un capítulo *á las relaciones de la nefritis albuminosa con las otras enfermedades de las vias urinarias*, y despues de haber aislado netamente la enfermedad de Bright, manifiesta en qué circunstancias, por lo demás, puede la albúmina hallarse en la orina. Hay capítulos consagrados á la nefritis albuminosa con *pericarditis*, con *endocarditis*, *hipertrofia del corazon*, *enfermedades de las venas*, *enfermedades del corazon*, *bronquitis*, *pulmonía*, *pleuresía*, *tisis pulmonar*, *angina lardácea*, *afecciones del estómago y de los intestinos*, *enfermedades del hígado*, *del bazo*, *de la piel*, *escrófulas*, *sífilis*. Dos capítulos muy largos tiene para la descripcion de la nefritis albuminosa en la *escarlatina* y en el *embarazo*;

(1) Christison, *On granulous degeneration of the Kidneys*. Edinburgh, 1839, in-8 de 287 pages.

(2) Addison, *On the disorden of the brain connected with diseased Kidneys* (*Guy's hospital Reports*, 1839).

(3) Rayer, *Traité des maladies des reins*. Paris, 1839, 3 vol. in-8, et atlas in fol. de 60 planches.

hoy la tendencia de la mayoría de los médicos, y Rayer profesa, segun creo, la misma opinion, es referir á la enfermedad de Bright la albuminuria en estos dos estados particulares. (Lorain.)

Así la confusion no era posible: habia una *enfermedad de Bright ó nefritis albuminosa* con la forma aguda ó crónica, y alteraciones de los riñones perfectamente definidas con sus diversos grados; y al lado se colocaban *diferentes estados morbosos*, de otro órden distinto, en que la albúmina podia mas ó menos incidentalmente mostrarse en la orina, algunos de estos estados morbosos teniendo los riñones ó las vias urinarias por punto de partida; otros no teniendo ninguna relacion con estos órganos. La cuestion de la albuminuria habia dado un gran paso. Estaba, si no resuelta, al menos bien puesta en los términos en que nos es dado estudiarla hoy.

En 1841 apareció el libro de Alfredo Becquerel (1). Becquerel describió la anatomía de textura de los riñones y las alteraciones que experimenta su tejido en sus elementos íntimos. Sirviéndose de los trabajos de los anatómicos alemanes, y en particular de los de Valentin, profesa la opinion de que las partes elementales del riñon primitivamente afectadas en la enfermedad de Bright son los corpúsculos de Malpigio.

Los anatomo-patologistas alemanes, aprovechando el conocimiento de la extructura íntima de los riñones, describieron los elementos histológicos de estos órganos en los casos de *albuminuria*. Citaremos á Gluge (2), Valentin (3), que emite desde luego dudas sobre la esencialidad de las lesiones renales, y fué conducido á buscar en la sangre la causa de la enfermedad; Heck (4) que señalaba la compresion de los tubos uriníferos, y comparaba la lesion renal á la cirrosis; idea reproducida mas tarde por Gluge y Henle (5), que emitió la opinion de que la lesion principal consistia en la produccion de un tejido celular de nueva formacion que comprimia los tubos uriníferos. Vogel describió la *nefritis latente* y *crónica* (6), indicó y dibujó tubos uriníferos que contenian células granulosas de un tinte amarillo, y granulaciones libres de un color rojo oscuro. Describió tambien en la sustancia cortical las lesiones siguientes: corpúsculos de Malpigio muy aparentes, vasos vacíos de sangre, túbulos comprimidos por un derrame de linfa plástica.

Mientras que cada nacion rivalizaba en la actividad de las inves-

(1) Alfred Becquerel, *Sémiotique des urines, ou Traité des altérations de l'urine dans les maladies; suivi d'un Traité de la maladie de Bright aux divers âges de la vie*. Paris, 1841, in-8.

(2) Gluge, *Casper's Wochenschrift*, Jahrg. 1837, n.os 38, 39, 40; 1839, n.° 5.—*Recherches d'anatomie microscopique ayant trait à la pathologie générale et spéciale*, 1838.

(3) Valentin *Repertorium der Anatomie und Physiologie*.

(4) Heck, *De renibus in morbo Brightii degeneratis* diss. inaug. Berolini, 1839.

(5) Henle, *Zeitschrift für rat. Med.*, 1842.

(6) J. Vogel, *Icones histologiæ pathologicæ*. Lipsiæ, 1843.

tigaciones microscópicas sobre el objeto que nos ocupa, los clínicos aseguraban las vias del estudio por medio de la observacion patológica. *La albuminuria del embarazo* llamaba expecialmente la atencion de los tocólogos: citaremos, por sus trabajos sobre diferentes puntos de esta cuestion, á Twedie, de Guy's Hospital, Simpson, de Edimburgo (1), Lever (2), Caleb-Rose (3), Cahen (4), Devilliers y G. Regnauld (5), Blot (6), Braun, de Viena (7), Mascarel (8), Leudet de Rouen (9) y Fleetwood-Churchill (10), y en fin, la Memoria premiada por la Academia de Imbert-Gourbeyre (11).

Otro hecho de una importancia menor, *la amaurosis albuminúrica*, ha sido tambien objeto de numerosos trabajos. Wells, Bright, Addison, y Rayer habian señalado los trastornos de la vision en la albuminuria; el doctor sueco Malmsten habia observado la ambliopia 11 veces en 24 enfermos atacados de albuminuria. Simpson tuvo el mérito de insistir sobre este síntoma, de darle una importancia muy particular, puesto que le llama *síntoma premonitor* (12). Landouzy (13), Forget (14), Debout (15), Miguel-Lévy (16), Perrin, Avrard, Sandras (17), é Imbert-Gourbeyre (18), prosiguieron las mismas investigaciones. Charcot (19) ha publicado una revista crítica de trabajos hechos en Alemania sobre este objeto, en lo que concierne sobre

(1) James Simpson, *Contribution to obstetric pathology and practice*. Edimburgh, 1853.—Et antérieurement, *On lesione of the nervous system in the puerperal state, connected with albuminuria (Edinburgh monthly Journal*, 1847, p. 288).
(2) Lever, *Guy's hosp. Reports*.
(3) Caleb-Rose, *Provincial med. Journal*, Marzo, 1844.
(4) Cahen, *De la néphrite chez les femmes enceintes*, thèse de Paris, 1846.
(5) Devilliers et Regnauld, *Recherches sur les hydrop. chez les femmes enceintes (Archives de médecine*, Paris, 1848).
(6) Blot, *Albuminurie des femmes enceintes*, thèse inaugurale. Paris, 1849.
(7) Braun, *Des convulsions des femmes grosses en travail et en couches*, 1853 (*Wien. medic. Wochenschrift*, 1853).
(8) Mascarel, *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*. Paris, 1834, t. XIX, p. 266.
(9) Leudet, *Sur la néphrite albumineuse consécut. à l'albuminurie des femmes grosses (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1854).
(10) Fleetwood Churchill, *Dublin quarterly Journal of medical science*, 1854.
(11) Imbert-Gourbeyre, *De l'albuminurie puerpérale et de ses rapports avec l'éclampsie (Mémoires de l'Académie impériale de médecine*. Paris, 1856, t. XX, p. 1 et suiv).
(12) Simpson, *Transact. of medico-chir. Soc.*, 1846, et *Montly Journal of med. science*, t. VIII, 1848.
(13) Landouzy, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1849, t. XV, p. 74, et *Gazette médicale: De la coexistence de l'amaurose et de la néphrite albumineuse*, 1850.
(14) Forget, *Union médicale*, 1849.
(15) Debout, *Union médicale*, 1850.
(16) Michel Lévy, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XV, p. 96, et *Union médicale*, 1849
(17) Sandras, *De l'albuminurie dans les maladies nerveuses (Gazette des hôpitaux*, 1855).
(18) Imbert-Gourbeyre, *Moniteur des hôpitaux*, 1856.
(19) Charcot, *Gazette hebdomadaire*, Febrero, 1858.

todo á la anatomía patológica del ojo: placas nebulosas y equimosis de la retina, lesiones descritas por Desmarres. En fin, Lecorché ha escogido para objeto de su tésis inaugural en 1858, *alteracion de la vision en la nefritis albuminosa.*

Nos resta hablar de las investigaciones *relativas al estado de la sangre en la albuminuria*, y notablemente á la *urémia.*

Bright y Christison habian ya notado el exceso de urea en la sangre de sus enfermos y sospechaban la importancia.

Wilson, en 1833, fundaba la teoría de la urémia (1). Esta alteracion de la sangre consistia en un aumento de urea con disminucion de albúmina.

Caleb-Rose (2) y Rose Cormack (3) no dudaban en atribuir á la urea los accidentes cerebrales que han observado. Frerichs, de Berlin, ha propuesto una teoría de los accidentes nerviosos de la albuminuria, fundada en la intoxicacion de la sangre por el *carbonato de amoniaco* formado en el torrente circulatorio por la descomposicion de la urea. Entre los trabajos emprendidos en Francia sobre este objeto, citaremos las tésis de Picard (4) y de Teissier (5).

Este es el momento en que nos venian de Alemania las seductoras teorías y las nociones de anatomía microscópica, que tanta influencia han ejercido en la generacion médica actual, que Parkes (8) en Inglaterra, Gubler, Luton (6), Paulinier (7), y Pidoux, en Francia, reproduciendo en cierto modo la idea de Graves, y apoyándola con investigaciones experimentales, se esforzaban en ensanchar el cuadro de la albuminuria en provecho de la patologia general y de la fisiologia patológica. Ya teniendo en cuenta los trabajos de sus predecesores, ya reconociendo el valor de las investigaciones emprendidas sobre las modificaciones que experimenta el riñon y la importancia de sus resultados, los sabios de esta escuela tienden á hacer prevalecer la idea de que el estado general de la economía es, en la albuminuria, el hecho primitivo, y la lesion renal el hecho secundario. El estado morboso general seria el solo nece-

(1) Wilson, *On fits and sudden Death in connexion with disease of the Kidney London med. Gazette*, 1833).

(2) Caleb-Rose, *Gazette médicale*, 1844.

(3) Rose Cormack, *Cases of puerperal Convulsions*, etc. (*London Journal of medical science*, 1850).

(4) Picard, *De la présence de l'urée dans le sang, et de sa diffusion dans l'organisme à l'état physiologique*. Strasbourg, 1856.

(5) Tessier, *De l'urémie*, thèse de doctorat, 1856.

(6) Parkes, *Condition of the urine in two cases of chronic Bright's disease (Med. Times and Gazette*, 1852);—*On the value of Albuminuria* (*Med. Times and Gazette*, 1857).

(7) Luton, *Études sur l'albuminurie*. Paris, 1857.—*Des séries morbides*, thèse de Paris, 1859.

(8) Paulinier, *Du diabète leucomatique, ou Essai critique sur une maladie prétendue nouvelle*. Montpellier, 1854.

sario; la lesion renal podria faltar ó no existir sino en un grado mediano; la nefritis albuminosa sin tener, por lo demás, nada de específica, seria la consecuencia mas ó menos necesaria de la albuminuria *preexistente*. Esta doctrina está presentada, con el talento que distingue al autor, por Gubler, en el artículo ALBUMINURIA del *Diccionario enciclopédico de las ciencias médicas*. Ha tenido tambien por uno de sus partidarios á Jaccoud (1), que intentó constituir la clase de las albuminurias por las alteraciones de la sangre. Pero despues este autor ha creido debia poner grandes restricciones á sus conclusiones primeras, y reconocia que el dominio de las lesiones renales va agrandándose de dia en dia á expensas de la clase de las albuminurias por simple alteracion de la sangre, destinada tal vez á desaparecer algun dia.

No podemos mas que indicar sumariamente, en una época muy cercana á nosotros, un gran número de otras producciones correspondientes á nuestro objeto, bajo el punto de vista clínico ó dogmático. Citamos solamente algunos nombres: Lorain (2), cuyo trabajo es la base de este artículo; Goodfellow (3), Abeille (4), Aug. Ollivier, que ha dado á conocer la albuminuria por intoxicacion saturnina; Rosenstein (5), Vogel (6), y Félix Roubaud (7).

La anatomía patológica y la fisiologia aplicada á la albuminuria marcharian además paralelamente á la clínica y suministrarian las bases para diversas teorías. La descamacion de las células epiteliales de los túbulos, la presencia de cilindros fibrinosos, eran ya hechos adquiridos por Jhon Simon (8), y Johnson, cuando Frerichs, dió á conocer sus estudios sobre la produccion y regresion de las exudaciones del riñon. Bence Jones (9), Mac Gregor, Begbie (10), Tripe (11), Becquerel y Vernois (12), aportaron tambien diversos elementos preciosos á este punto de la ciencia. Aunque este estudio se relaciona mas bien con la enfermedad de Bright, mencionaremos, segun Frerichs,

(1) Jaccoud, *Des conditions pathogéniques de l'albuminurie*, thèse de Paris, 1860.
(2) Lorain, *De l'albuminurie*, thèse de concours d'agrégation. Paris, 1860.
(3) Goodfellow, *Lectures on the diseases of the Kidney*. London, 1861.
(4) Abeille, *Traité des maladies à urines albumineuses et sucrées*. Paris, 1863.
(5) Rosenstein, *Pathologie und Therapie der Nierenkrankheiten*, Berlin, 1863.
(6) Vogel, *Krankheiten der harnbereitenden Organe* (Wirchow's *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*. Erlangen, 1863).
(7) Félix Roubaud, *De l'identité d'origine de la gravelle, du diabète et de l'albuminurie* (*Gaz. des hôp.*, Abril, 1865).
(8) J. Simon, *On subacute inflamation of the kindey* (*Medico-chirurgical Transactions*, 1847).
(9) Bence Jones, *Case of albuminous and fatty Urines* (*Medico-chir. Trans.*, 1850 et 1853).
(10) Begbie, *De l'albuminurie temporaire dans le cours de quelques maladies aiguës* (*Epinburgh monthly Journal*, 1853).
(11) Tripe, *De la escarlatine* (*British and foreign med.-chir. Review*, 1854).
(12) Becquerel et Vernois, *De l'albuminurie et de la maladie de Bright* (*Moniteur des hôpitaus*, 1856).

á Reinhardt (1), Virchow (2), Rosenstein (3), Henle (4) y muy recientemente Cornil (5), que han expuesto las lesiones íntimas del riñon.

En fin, la química ha hecho los mas grandes servicios á nuestra ciencia en este punto, y por no citar mas que los trabajos mas recientes y los mas especiales, vemos que el conocimiento de la albuminuria habria quedado incompleto sin los hechos aportados por Andral y Gavarret (6), Becquerel y Rodier (7), Lehmann (8), Heller (9), Robin y Verdeil (10), Schottin (11), Mialhe (12), Hoppe (13), Wurtz (14), Parkes (15), Saccarjin (16), Schmidt (17), Graham (18), Funke (19), Pavy (20), y otros cuya autoridad invocaremos en el curso de este artículo.

La manera como hemos considerado el objeto en esta historia puede hacer preveer la definicion que vamos á adoptar. La de Gubler es esta; la *secrecion por los riñones de una orina albuminosa*; la de

(1) Reinhardt, *Beiträge zur Kenntniss der Bright'schen Krankheit (Deutsche Klinik*, 1844); *Id.*, *ibid (Annal. des Chorite-Krankenhauses zu Berlin*, 1850).

(2) Virchow, *Gesammelte Abhandlungen*. Berlin, 1862.

(3) Rosenstein, *Zur parenchymatösen Nephritis* (Virchow's *Archiv*, 1859); *Pathol. und Therapie des Nierenkrankheiten*. Berlin 1864.

(4) Henle, *Zur anatomie der Nieren*. Gœttingen, 1862.

(5) Cornil, *Sur les lésions anatomiques du reins l'albuminurie (Journal de l'anatomie et de la physiologie*, publié par Ch. Rob, Enero y Marzo, 1865).

(6) Andral et Gavarret, *Recherches sur les modifications de proportion de quelques principes du sang*. Paris, 1840.

(7) Becquerel et Rodier, *Chimie pathologique*. Paris 1854.

(8) Lehmann, *Ueber Harn*, Schmidt's *Jahrbücher*;—*Chimie physiologique*, trad. de Drion. Paris, 1845).

(9) Heller, *Chemische Untersuchungen des Harns, der Harnsedimente und Concretionen am Krankenbette* (Heller's *Archiv*, 1847); *Ueber das Albuminalbestandthei des Hans in Krankheiten* (Heller's *Archiv*, 1852.

(10) Robin et Verdeil, *Chimie anatomique et physiologique*. Paris, 1852.

(11) Schottin, *Ueber die chemischen Bestandtheile des Schweisses (Archiv für physiol. Heilk*, 1852); *Sur les caractères de l'urémie (Gazette hebdomadaire*, 1653) (traduction).

(12) Mialhe; *Chimie appliquée à la physiologie*. Paris, 1856.

(13) Hoppe, *Ueber Bestimmung des Biweissgehaltes im Blutserum, Urin, Transsudaten mittelst des Wentzel-Soleilschen Polarisations-Apparetes* (Virchow's *Archiv*, XI, 1857).

(14) Würtz, *Sur la présence de l'urée dans le chyle et la lymphe (Academie des sciences*, Paris, 1859).

(15) Parkes, *The Composition of the Urine*. London, 1860.

(16) Saccarjin, *Zur Blutlehre* (Virchow's *Archiv*, 1861).

(17) Schmidt, *Filtration von Eiweiss, Kochsalz, Harnstoff und andern Lösungen durch thierische Membran* (Poggendorf's *Annal.*, 1861).

(18) Graham, *Anwendung des Diffusion der Flüssigkeiten zur Analysé (*Liebig's *Annalen*, CXXI, 1862.

(19) Funke, *Ueber das endosmotische Verhalten der Peptone* (*Archiv für Anatomie*);—*Lehrbuch der Poysiologie*. Leipzig, 1863.

(20) Pavy, *On assimilation and the influence of its defects on the Urine* (*Lancet*, 1863).

Jaccoud, que poco se diferencia, nos parece que tiene la ventaja de expresar la idea de un hecho patológico; esta será por tanto la nuestra; la albuminuria es *un desórden de la secrecion renal caracterizada por la presencia de albúmina en la orina.*

§ II.—Condiciones patogénicas y etiológicas.—Causas.

1.°—*Causas predisponentes.*—Decir todas las causas de la albuminuria seria pasar revista á la nosologia entera, porque no hay enfermedad que en su curso no pueda presentar la albuminuria. Responderemos á la cuestion de etiologia estableciendo categorías generales que reunen las causas que se supone obran de la misma manera. Pero antes no será inútil recorrer rápidamente las causas predisponentes.

Edad.—La albuminuria se presenta en todas las edades, desde los primeros tiempos que siguen al nacimiento hasta la mas extrema vejez. Bright creia que los niños estaban exentos, pero bien pronto observaciones publicadas por Sabatier, Constant y Becquerel hicieron ver que no era así. Frerichs ha visto la enfermedad de Bright con todos sus síntomas en un niño de quince meses. Gregory cita dos casos de albuminuria, el uno en un hombre de noventa años, el otro en una mujer de ochenta y dos. La edad en que este síntoma se presenta mas frecuentemente es entre veinte y cuarenta años; vienen enseguida los períodos de cuarenta á sesenta, de uno á diez y de diez á veinte años.

Frerichs publica el cuadro siguiente de la frecuencia de la albuminuria en las diferentes edades, segun las observaciones de muchos autores.

Nombre de los autores.	Núm. de casos.	De 1 á 10 años.	De 10 á 20 años.	De 20 á 40 años.	De 40 á 60 años.	Arriba de 60 años.
Bright	74	1	5	30	34	4
Bright y Barlow	35	1	2	20	11	1
Gregory	80	»	2	38	31	9
Christison	27	1	1	13	9	3
Martin Solon	20	1	1	12	3	3
Rayer	69	2	6	35	22	4
Malmsten	124	1	13	77	32	1
Frerichs	62	3	14	38	4	3
Total	491	10	44	263	146	28

Esta estadística, que no vale sino para los lugares y condiciones en que ha sido hecha, da tal vez cifras muy reducidas para la edad de uno á veinte años, aunque en general la albuminuria se considere menos frecuente en los niños que en los adultos. (Gubler.)

Braun, médico de un hospital de partos, nos enseña que las con-

vulsiones urémicas y la albuminuria ejercen frecuentemente sus estragos en los recien nacidos.

En Rayer se hallan muchas observaciones de albuminuria en niños de muy poca edad. Grisolle ha observado una albuminuria pasajera en un niño de cinco semanas. Muchos autores han insistido sobre la frecuencia muy particular de la albuminuria escarlatinosa. Segun esto la escarlatina es una enfermedad de la infancia. Para Tripe (1) la tierna edad es un elemento digno de tomarse en consideracion. En Londres, durante la epidemia de los seis últimos meses de 1848: de 478 muertos de hidropesía escarlatinosa, 6, ó 1,3 por 100, son de niños de un año; 32, ó 6,7 por 100, tenian dos años; 66 ó 13,8 por 100, eran de tres años; 85, ó 17,8 por 100, de cuatro; 71, ó 14,9 por 100, de cinco: lo cual hace un total de 260, ó 54,5 por 100, de muertes en niños menores de cinco años; 59 casos han sido mortales durante el sexto año, 47 durante el sétimo, 44 durante el octavo, 27 en el noveno, y 17 en el décimo; de suerte que en 478 muertes por consecuencia de esta enfermedad, 454, ó 95,1 por 100 han sobrevenido en niños menores de diez años. Llevando mas adelante el exámen, se ve que despues de diez y seis años, la mortalidad no da mas que la cifra de 1,2 por 100.

La mayor frecuencia de la enfermedad de veinte á cuarenta años se explicaria por la mayor frecuencia de los enfriamientos, de excesos de trabajo, de los vicios en este período de la existencia.

Observamos igualmente que la frecuencia mayor de la albuminuria en los hombres que en las mujeres no concuerda con lo que sabemos de la influencia del embarazo sobre la produccion de la albuminuria. Pensamos que una buena estadística sobre la influencia de la edad y del sexo está aun por hacer.

Constitucion.—Christison, Gregory, Rayer, y Peacock han señalado la diátesis escrofulosa como una causa predisponente de la albuminuria. Gregory llega hasta decir que todos los enfermos atacados de nefritis albuminosa crónica que ha observado, eran, ó de bebedores ó de escrofulosos. Bazin, que se ocupó especialmente de esta enfermedad ha notado (2) que la albuminuria se presenta con frecuencia, como afeccion propia, en el cuarto período de la escrófula. Esta causa señalada por todos los autores, no podrá ser recusada. Tambien se halla en un grado menor sin embargo de la tuberculizacion. Todas las caquexias, la sifilítica, reumática, palúdica, alcohólica (independientemente de la accion especial ejercida sobre los riñones por el alcohol) son igualmente consideradas como causas predisponentes de la albuminuria.

Profesiones.—Las profesiones que pueden considerarse como predisponentes de la albuminuria, son principalmente aquellas en que

(1) Tripe, *De la escarlatine (British and foreign med.-chir Review*, 1854).
(2) Bazin, *Leçons théoriques et pratiques sur la escrofule.* Paris, 1858.

la exposicion habitual al frio húmedo estando sudando, y el contacto habitual del agua constituyen condiciones de enfriamiento y trastornos en las funciones de la piel: tales son las de los panaderos, pescadores, marineros, vidrieros, curtidores, etc.

Climas.—Los paises húmedos, poco elevados, pantanosos, próximos al mar (Paises-Bajos, Holanda, Inglaterra, Suecia, provincias alemanas próximas al mar del Norte), son los en que la albuminuria se observa con mas frecuencia.

2.° *Causas ocasionales y orgánicas.*—Hay la costumbre de reducir á algunos grupos homogéneos las causas próximas de la albuminuria. La albuminuria es un trastorno de la secrecion urinaria, y por consiguiente sus causas solo pueden buscarse en dos orígenes, á saber, de un lado el líquido que provee á la secrecion, del otro la glándula que obra sobre el líquido. En otros términos, la sangre y el riñon, ó los dos á la vez, dan la razon suficiente de la albuminuria. Para Gubler (1) el exceso de albúmina en la sangre (*hiperleucomatia*, *super-albuminosis*) es la *causa excitadora* de la albuminuria (*leucomuria*), y la modalidad funcional del riñon es la *condicion próxima*; existe solamente en circunstancias favorables, tales como la masa de la sustancia que se ha de eliminar, su difusibilidad á través de las membranas animales, la presion sanguínea, el estado de las paredes vasculares y la excitabilidad del órgano secretor. La primera causa, aunque habitualmente determinante, no obra sino encuentra en el riñon una modificacion que puede llegar desde la irritacion simple hasta la flogosis crónica: la sobreactividad funcional del riñon obra otras veces sola; allí existe un grado mas ó menos avanzado de *nefritis albuminosa primitiva*.

Jaccoud (2), partiendo, por lo demás, de los mismos principios necesarios, divide en grupos de la manera siguiente los hechos que estudiamos, bajo el punto de vista patogénico:

1.° Albuminuria por modificacion en las condiciones mecánicas de la circulacion renal.

2.° Albuminuria por alteracion de la sangre.

3.° Albuminuria por alteracion de la sangre con lesiones renales.

4.° Albuminuria por lesiones renales.

Sin embargo, la segunda clase le parece no debe considerarse sino como un cuadro provisional, y la alteracion de la sangre que llama su atencion es, no la cantidad, sino la calidad de la albúmina que contiene, pudiendo esta haber tomado un estado molecular diferente del estado normal.

Los cinco grupos que vamos sucesivamente á recorrer, no hacen intervenir condiciones diferentes de aquellas en que se han fijado los

(1) Gubler, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Paris, 1865, article ALBUMINURIE.

(2) Jaccoud, *Nouveau Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*. Paris, 1864, t. I, art. ALBUMINURIE.

autores que hemos citado: el lector se asegurará que la práctica nada tiene que perder con que tal conjunto de causas similares se encuentre desdoblado, y haga dos grupos en el desarrollo que va á seguir.

A. *Presencia en la sangre de una sustancia extraña al organismo.*—Esta sustancia aquí, no es otra cosa que la albúmina no asimilada ó no asimilable, y que se encuentra en un estado particular ó en exceso. Las observaciones demuestran que hechos de esta naturaleza no son absolutamente raros, y que pueden reproducirse á voluntad en ciertos casos. Hemos dicho como algunos observadores, estando sometidos á un régimen exclusivamente de huevos, habian hallado en sus orinas albúmina que no era la albúmina normal. Se ha notado igualmente que en los albuminúricos se podia alguna vez hacer variar la cantidad de albúmina que se presentaba en mucha abundancia, bajo la influencia de una alimentacion azoada y de la ingestion de materias albuminosas.

Los diabéticos pueden volverse albuminúricos, al menos momentáneamente, bajo la misma influencia, como lo demuestra una observacion de Rayer (1). Observacion XIV.—Abuso del régimen vegetal y lácteo: diabetes azucarada, sed excesiva y azúcar en la orina. Régimen animal: orina albuminosa sin azúcar. Curacion aparente, (edema). Para hacer aquí un resúmen recordaremos que se puede, ó aumentar la cantidad de azúcar en la orina de los diabéticos por una alimentacion feculenta, ó disminuirla por un régimen azoado; hecho bien observado y admitido hoy dia, y al lado de este hecho colocaremos el de la albuminuria influenciada por el régimen. Un químico hábil ha querido reducir la albuminuria á las proporciones de un fenómeno puramente químico, ó para hablar mas correctamente, endosmósico. Segun este químico, existiria por un lado la albúmina normal, y otra albúmina modificada, la albúmina amorfa. La albúmina normal, bajo la influencia del agua, de fermentos morbosos, de agentes químicos, y de otras muchas causas aun desconocidas, experimentará una alteracion particular que le hará perder los elementos de organizacion que poseia; entonces es cuando la albúmina será apta para filtrar á través de las membranas, y consiguientemente para atravesar los riñones.

Todas las sustancias albuminoideas en circulacion en la sangre poseen la propiedad que no tiene la clara del huevo, de filtrar á través de los poros orgánicos: la facultad diosmósica de la albúmina se ejercerá todas las veces que el riñon esté bastante modificado para haber adquirido la permeabilidad de sus capilares para la albúmina. Graham ha notado que la albúmina es uno de los cuerpos menos *dializables*; pero esta facultad aumenta á medida que la constitucion de la albúmina se aleja del tipo representado por la clara de huevo; así

(1) Rayer, *Traité des maladies des reins*, t. II, p. 224.

Funke ha notado que filtra dos veces tanta peptona (albuminosis), como albúmina en condiciones idénticas. Añádase á esto que es bien cierto que la mayor parte de las materias albuminoideas de la economía ó de fuera son estados *isoméricos* de la albúmina. Se comprende entonces que su *filtracion* debe entrar por mucho en el fenómeno de la albuminuria, y que su *filtrabilidad* esté en gran parte subordinada á su estado molecular. (Gluber y Jaccoud.)

Se puede referir á esta causa la albuminuria en la dispepsia, la atrofia muscular, las enfermedades de los órganos respiratorios (por el hecho de la anoxemia), la puohemia, la septicemia.

B. *La excitacion de los riñones por las sustancias diuréticas é irritantes*, como la trementina, la copaiba, el alcohol, las cantáridas, los venenos minerales, los vírus, y los casos en que el riñon tiene una sobreactividad prolongada (poliuria diabética).

Es un hecho demostrado experimental y químicamente, que la accion de ciertas sustancias fuertemente diuréticas, cuando es prolongada, sea que haya allí absorcion de una gran cantidad de estas sustancias en poco tiempo, sea que se las administre á pequeñas dósis durante largo tiempo, basta para producir en algunos casos la albuminuria. Entre estas sustancias, las unas son simplemente diuréticas, como la trementina, el bálsamo de copaiba, el polvo de cubeba, el nitrato de potasa; otras tienen una accion irritante muy manifiesta, como las cantáridas; algunas otras, como el alcohol, son á la vez diuréticas é irritantes. Entre las primeras hay muchas que han dado lugar á la albuminuria pasajera, y tambien cuando los sugetos eran caquécticos á la albuminuria persistente, al decir de Osborne. En cuanto á la albuminuria por las cantáridas, es una especie bien determinada, y los trabajos contemporáneos de Rayer, Orfila y de Bouillaud, sobre su naturaleza no pueden dejar subsistente ninguna duda. Este síntoma se presenta ordinariamente á consecuencia de la aplicacion de grandes vejigatorios: se han presentado ejemplos tan numerosos que no se les menciona ya en las colecciones de medicina; solamente las cantáridas son una causa de pielitis, de cistitis, aun mas que de nefritis, y estas enfermedades pueden producirse sin que el síntoma albuminuria adquiera importancia. No parece que esta causa pueda producir una albuminuria persistente. En la pluralidad de casos, este fenómeno no se presentó sino durante dos ó tres dias; en un caso ha persistido durante cuatro semanas. (Bouillaud.)

Entre las enfermedades que engendra el *alcoholismo* se comprenden la cirrosis y la nefritis albuminosa crónica. La accion del alcohol, que ha sido reconocida por todos los autores, parece ser lenta, y no ejercerse sino á consecuencia de una larga costumbre de intemperancia. Existen muchas observaciones de albuminuria aguda transitoria bajo la influencia de un exceso accidental de bebida. Es necesario reconocer que no son tanto los bebedores de alcohol ó de licores muy alcohólicos, quienes se vuelven albuminúricos como los bebe-

dores de cerveza, sidra y otros licores fermentados que pueden ser absorbidos en gran cantidad, de lo cual resulta una hipersecrecion de orina y una congestion ó irritacion habitual de los riñones.

Christison refiere al abuso de los licores alcohólicos los tres cuartos ó los cuatro quintos de casos de enfermedad de Bright en Escocia. Esta proporcion es seguramente menor en nuestro pais. Becquerel ha encontrado nueve casos en 69 enfermos, en los cuales podria invocarse esta causa. Malmsten, en Estocolmo, halla 19 casos en 69. En el Norte de Alemania esta causa parece ser frecuente: Frerichs la señala diez y seis veces en 42 enfermos.

Este grupo y el siguiente están reunidos en el tercero de Jaccoud: albuminuria por alteracion de la sangre con lesiones renales; en efecto, las sustancias irritantes mezcladas con la sangre, en los casos que nos ocupan, obran mas sobre el riñon por el intermedio de la sangre, y *modifican el estado de la albúmina*, que por el hecho pasajero de su eliminacion. Esto se aplicará en particular á la albuminuria por intoxicacion saturnina aguda ó crónica, señalada por Ollivier. En cuanto á las intoxicaciones morbosas y á las caquexias, lo mismo que las intoxicaciones por retencion de productos escrementicios (trastornos de las funciones de la piel), se puede creer que determinan la albuminuria *primitivamente* por alteracion de la sangre, y que el riñon se asocia al trastorno general, en razon de la solidaridad que rige todos los órganos de secrecion, como aparatos depuradores de la sangre. (Jaccoud.) A este grupo pertenecerán las albuminurias, sobre todo temporales, que pueden aparecer en las *pirexias*, de que se va á tratar: escarlatina, sarampion, viruelas difteria, tífus, fiebre tifoidea, erisipela, fiebre biliosa, fiebre amarilla, (vírus), y las *caquexias* por venenos inorgánicos ó productos orgánicos, mercurial, saturnina, palúdica, sifilítica, tuberculosa, escrofulosa, etc.

C. La albuminuria puede resultar de un estado de *congestion hiperémica activa ó pasiva* en el curso de las enfermedades agudas febriles, y en estos casos puede haber allí alteracion en las cualidades de la sangre. Pueden aproximarse á estos casos aquellos en que hay supresion brusca de las funciones de la piel, cuyo antagonismo con los riñones está bien demostrado por los fisiólogos; entonces hay congestion é hipersecrecion de los riñones, sea que se admita una accion suplementaria, sea que se vea en este fenómeno un simple desórden funcional, de que participa todo el organismo, sea que se admita una alteracion de la sangre. Estos casos son complejos y variados. Una simple supresion de las funciones de la piel basta. Esto se ha probado por los experimentos sobre la detencion de las funciones de la piel seguido de albuminuria, en los animales en que se habia cubierto la piel con un barniz impermeable (1). Un ejemplo pa-

(1) Balbiani, thése. Paris, 1857.

tológico simple y que puede servir de tipo, es la suspension repentina de la traspiracion por un enfriamiento, despues del cual sobreviene la albuminuria.

Osborne, en treinta y dos casos de albuminuria, ha encontrado esta causa veintidos veces, y Malmsten la ha encontrado veintinueve veces en sesenta y nueve. Alguna vez se ha llamado esta causa reumatismo; en efecto, existen con frecuencia al mismo tiempo dolores, sobre todo en la region de los riñones; además la misma causa puede producir el lumbago y diferentes variedades de reumatismo. La albuminuria, en este caso, se acompaña con mucha frecuencia de edema, y tiende á pasar al estado crónico. Es necesario añadir á estos hechos bien conocidos, otro ejemplo de la accion del frio sobre la piel, menos bien conocido hasta aquí: es el esclerema de los recien nacidos, que se acompaña frecuentemente de albuminuria, así que esto ha sido establecido por Charcellay (1).

Se ve aparecer la albuminuria con ciertas lesiones poco extensas de la piel: en las heridas, en los casos de erisipela. La mayor parte de las enfermedades exantemáticas febriles pueden acompañarse de albuminuria. La *viruela*, el *sarampion*, y sobre todo la *escarlatina*, que es en realidad de todas las fiebres eruptivas la que obra mas completamente sobre la superficie cutánea, cuentan la albuminuria entre sus complicaciones.

La *escarlatina* ha llamado de una manera muy especial la atencion de los médicos por la gravedad de los síntomas que se presentan en el curso de la erupcion ó en seguida: albuminuria, anasarca, eclampsia. Los autores del siglo XVII y del XVIII han descrito terribles epidemias de escarlatina con anasarca y trastornos de las funciones nerviosas; mas cerca de nosotros Wells, Blackall, Reil, Fischer, Bright, Gregory, Christison, Begbie, Tripe, han estudiado y hecho conocer perfectamente la *albuminuria escarlatinosa*; con ocasion de esta enfermedad se ha visto la relacion entre el hecho de la descamacion de la piel y la idea de una descamacion epitelial del riñon. ¿Es esto decir que allí no existe otra cosa que la impresion de las funciones de la piel y la repercusion sobre el riñon? No; creemos con un gran número de autores contemporáneos que puede haber alteracion de la sangre en el curso de las fiebres. La simple hipersecrecion del riñon y la hiperemia no son las solas causas.

Congestion en las fiebres.—No es dudoso que en el tífus, la fiebre tifoidea, hay congestiones hácia las vísceras; entonces es cuando se ve el estancamiento, la hipostasis, las neumonías latentes, bastardas y otras muchas congestiones. Esto no es la inflamacion necesariamente, pero la inflamacion no está lejos. El primer grado de la inflamacion, es necesario no olvidarlo, es la congestion con filtra-

(1) Charcellay, *De la néphrite albumineuse chez les enfants nouveau-nés, considérée comme l'une des principales de l'œdème si fréquent aprés la naissance* (*Travaux de la Société médicale de Tours*, 1841, 1er trimestre).

cion, edema, abandono por la sangre de algunos de sus elementos. El riñon sufre esta influencia y la albuminuria tiene lugar; con mucha frecuencia no es, en semejante caso, mas que temporal, pero persiste alguna vez.

En cuanto á las diversas alteraciones de la sangre, nadie duda que existen. Que estas alteraciones de la sangre sean una de las causas de la albuminuria en las fiebres, es mas que probable, pero poco demostrable al presente sino de una manera general, y aun es preciso hacer sobre todo intervenir las inducciones. Es mas fácil comprender lo que sucede en las enfermedades escorbúticas, en la púrpura, en la hemofilia, en donde aparecen sufusiones sanguíneas por todos los tejidos; en semejante caso, el riñon sin ser privilegiado, tiene con frecuencia su parte de eliminacion de sangre. El cólera es una de las enfermedades en que la albúmina se presenta en las orinas, y segun Miguel Levy, el pronóstico toma su gravedad de la abundancia relativa de esta sustancia.

Reinhardt, Leubuscher, Frerichs, han dado una explicacion sencilla de este fenómeno. En el momento del período de reaccion del cólera, se produce una congestion violenta y rápida hácia los órganos de la secrecion y de la escrecion; las orinas que se habian suprimido durante el período álgido, se excretan con actividad. Entonces hay allí fenómenos de congestion, y quizá no hay nada mas. Gubler compararia desde luego la albuminuria del cólera á la enterorrea de la misma enfermedad: allí hay una descamacion epitelial de los túbulos, cuyos restos se encuentran fácilmente en la orina; alguna vez hay además masas coloideas, amorfas y granulosas, que se parecen á moldes fibrinosos de las albuminurias agudas. Por lo demás la albuminuria del cólera es transitoria, y desaparece ordinariamente en muy poco tiempo.

No dejaremos de hablar aquí de la albuminuria por asfixia, sea en las diversas asfixias bruscas, sea en el crup. La explicacion es análoga á la que hemos dado para las fiebres; hay hiperemia local, congestion de las vísceras, movimientos peristálticos violentos de los intestinos. El papel que puede jugar aquí el ácido carbónico condensado en la sangre puede suponerse, pero no podríamos desenvolver esta idea sin salir de la reserva que nos hemos impuesto. (Lorain.)

D. Entre las condiciones que pueden producir la albuminuria, es preciso notar con cuidado como una de las mas sencillas bajo el punto de vista del mecanismo y al mismo tiempo de las mejor demostradas, la que consiste en el *aumento de la presion de la sangre sobre los riñones*, por obstáculo de la circulacion.

Las *flebitis* renales producen la albuminuria de la misma manera que los experimentadores la obtienen ligando la vena renal, como lo ha hecho Robinson (1). Segun otro método, se aumenta la presion

(1) Robinson, *On inquiry into the nature and pathology of granular disease of the Kidney and its mode of action in producing albuminoux Urine.* London, 1842.

renal en el sistema circulatorio inyectando una cantidad suficiente de agua (Mosler, Kierulf, Goll) (1); ó bien como Hermann (2), se disminuye el calibre de la arteria renal, ó se le suprime alguno de sus ramos. Lo mismo sucede cuando el obstáculo á la vuelta de la sangre venosa existe, no mas á la salida misma del riñon, que en cualquier punto distante, como en los casos de enfermedades del corazon ó de los pulmones que se oponen á la circulacion y producen congestiones é hiperemias viscerales. Estos son muy comunes en las enfermedades orgánicas del corazon y de los pulmones acompañadas de albuminuria. En semejante caso, la albuminuria puede no ser mas que un fenómeno último de agonía, pero puede presentarse en un grado menos avanzado de estas enfermedades y persistir. Jaccoud considera como producidas por este mecanismo las *albuminurias nerviosas* y las del cólera: en los dos casos hay un aumento de la presion sanguínea en el riñon por estasis de la sangre, principalmente en los capilares.

La albuminuria en el *embarazo*, ¿se acomoda á estas explicaciones? Muchos autores consideran la albuminuria de las mujeres embarazadas como reconociendo por causa única al principio *una compresion* de las venas ilíacas ó del tronco de la vena cava por el globo uterino.

Brown-Séquard ha notado que haciendo cambiar la actitud de una mujer en cinta, de manera que se tenga inclinada hácia delante, se hacia momentáneamente desaparecer la albuminuria. Braun, de Viena (3), admite como causas remotas de la albuminuria de las mujeres embarazadas las modificaciones particulares que sufre la sangre, la compresion que el útero conteniendo el producto de la concepcion ejerce sobre los riñones, y la estancacion de la sangre venosa que ella causa; porque, dice él, los experimentos han probado que esta presion puede producir una filtracion de albúmina, de fibrina y de sangre en los túbulos uriníferos. Ochenta casos de eclampsia en cien aparecen en el primer embarazo, donde generalmente una presion mayor se ejerce sobre los riñones, en razon de la resistencia mayor de las paredes abdominales. Germe (4) ha visto á esta explicacion una dificultad, en un hecho en que la orina de un feto de una mujer muerta albuminúrica contenia tambien albúmina. Prout, Mac Clintock (5), Virchow, han demostrado que la orina del feto es siem-

(1) Goll, *Ueber den Einfluss des Blutdruckes auf die Harnabsonderung*. Zurich, 1853.

(2) Hermann, *Ueber den Einfluss des Blutverdünnung auf die Secretion des Harns* (Virchow's *Archiv.*, 1859).

(3) Braun, *Wiener medic. Wochenschrift*, 1853.

(4) Germe, *Qu'est-ce que l'albuminurie? ou de son analogie avec les sécrétions sereuses, séro-plastiques et les hémorrhagies qui se font soit à la surface, soit dans l'épaisseur*. Paris, 1864, thése de doctorat.

(5) Mac Clintock, *The result of some experiments respecting the presence of urea in the liquor Amnii and fœtal Urine of the human subject (Dublin quarterly Journal of medical science*, 1849).

pre albuminosa, y no contiene apenas urea. Sin embargo, los casos que sobrevienen en la primera mitad del embarazo no pueden explicarse por este mecanismo.

E. Todas *las lesiones de los riñones de naturaleza orgánica* (tubérculo, cáncer, hidátides) ó *inflamatorias* (pielitis, nefritis diversas) pueden dar lugar á una alteracion de la orina, sea vertiendo en ella un producto inflamatorio, sea provocando una excitacion hiperémica, y producir una albuminuria que en muchos casos es accidental, temporal ó intermitente, pero que en otros casos puede ser el punto de partida de un estado crónico (enfermedad de Bright).

En todos los casos, la albuminuria *confirmada* no puede existir sin que se produzca la alteracion de extructura de la glándula renal, tal como lo expondremos al momento.

§ III.—Síntomas.

El síntoma esencial de la albuminuria es naturalmente la presencia de la albúmina en la orina; pero este es un fenómeno que no se muestra por sí mismo y que es necesario buscar. Por esto reservamos para el diagnóstico el estudio de las orinas albuminosas.

Cualesquiera que sean su orígen y naturaleza, la albuminuria está particularmente ligada á algunos estados morbosos especiales, con los cuales tiene relaciones tan íntimas y constantes, que el estudio de las unas no puede separarse del de las otras, tales son las *hidropesías*, *los trastornos del sistema nervioso*, *las alteraciones de la sangre*, la *uremia*, la *eclampsia*, las *hemorragias*.

Hidropesías.—Martin Solon ha intentado explicar la coincidencia de la hidropesía con la albuminuria. Yo creo, dice, que cuando la hidropesía falta, y esto son los casos raros, es que la actividad de algun emuntorio ha impedido la acumulacion de serosidad, ó que la lesion renal no está aun bastante adelantada, ó que la coleccion no ha tenido tiempo de manifestarse. Despues de haber renunciado á la idea de explicar esta hidropesía por un trastorno de la circulacion, este autor se pregunta si la hidropesía es ocasionada por una disminucion de actividad de la secrecion urinaria. Porque, dice, esta disminucion no está siempre marcada; no existe en muchos casos. Si este síntoma tuviera esta causa, deberia aparecer mas bien bajo la forma de la ascitis que del anasarca. En la enfermedad de Bright, la hidropesía se presenta bajo formas diferentes. Unas veces es activa ó aguda, y otras pasiva ó crónica. Se puede decir, sin embargo, que en general parece debida al aumento del suero, y sobre todo á mayor tenuidad.

Segun Gubler, la exhalacion serosa en las mallas del tejido conectivo subcutáneo y parenquimatoso, ó en las cavidades naturales, no es la consecuencia de una simple filtracion: se produce por un

trabajo activo de parte del tejido análogo al que se hace en el riñon y sometido á las mismas condiciones de causa.

El cuadro siguiente de Frerichs indica la frecuencia de este síntoma:

Nombre de los observadores.	Número de casos.	Con hidropesía.	Sin hidropesía.
Gregory	80	58	22
Christison	31	27	4
Becquerel	65	62	3
Rayer	79	58	21
Martin Solon	28	28	0
Bright y Barlow	37	37	0
Malmsten	69	67	2
Frerichs	41	29	12
	430	366	64

En cuanto al sitio de las hidropesías, varía. El derrame seroso puede no presentarse sino en las extremidades inferiores, en los lomos ó en las cavidades serosas. En la forma de la albuminuria, sobre todo en el curso de las fiebres eruptivas, ó á consecuencia de enfriamientos, el anasarca es general, y hay hinchazon de la cara al mismo tiempo que infiltracion de todo el tejido subcutáneo.

En la forma crónica el edema no se presenta frecuentemente mas que alrededor de los maléolos, en el escroto, alguna vez en los párpados, en el dorso de las manos.

La infiltracion no debe considerarse siempre como resultado de la albuminuria; en efecto, se encuentra este síntoma muy frecuentemente en personas afectadas á la vez de albuminuria y de enfermedades del corazon antecedentes, que han desempeñado el papel principal; pero el anasarca por enfermedad del corazon no sobreviene bruscamente, mientras que esta instantaneidad de un anasarca general caracteriza mejor el estado morboso que causa la albuminuria, sobre todo al estado agudo, como tiene lugar en la fiebre escarlatina.

Segun Imbert-Gourbeyre (1):

1.° Los dos tercios de enfermedades de Bright van acompañadas de edema. 2.° Hay un buen tercio (quizá la mitad) en que no hay jamás hidropesía de la piel. 3.° Se encuentran enfermedades de Bright en que los edemas son muy poco considerables: Bright cita un caso en que no habia mas que edema de la conjuntiva quémosis. 4.° Hay otros casos en que la hinchazon no aparece sino al fin, en el período terminal. 5.° Hay otras en que la hidropesía no es mas que interna, el hidrotórax, por ejemplo. 6.° Aun existen otros en que ni hay hidropesías de los tegumentos, ni derrames en las cavidades.

(1) Imbert-Gourbeyre, *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*. Paris, 1856, t. XX, p. 28.

Este síntoma afecta casi la misma independencia en la mayor parte de las albuminurias temporales (embarazo, escarlatina, etc.).

Segun Frerichs, la hidropesía, en la forma crónica, será debida á una alteracion de la sangre (hidroemia); otras veces en la forma aguda de la albuminuria con anasarca, será la consecuencia de la parálisis por enfriamiento de la piel y de los capilares cutáneos y subcutáneos. Las enfermedades orgánicas del hígado, del corazon, de los pulmones, serán siempre, si no una causa eficiente, al menos una causa predisponente.

Desórdenes del sistema nervioso (*amaurosis*, *cefalalgia*, *parálisis*, *convulsiones*, *coma*).—Es constante que la albuminuria se acompañe ó se complique frecuentemente con accidentes nerviosos, que varian desde la encefalopatía simple hasta el estado convulsivo mas violento, el coma mas absoluto; entre estos accidentes nerviosos, los hay cuyo valor es característico: tal es la amaurosis, que Simpson ha llamado un *fenómeno precursor*.

La amaurosis albuminúrica, señalada ya antes de Wells por Clauderus, reconocida por Bright, mejor descrita por Addison, notada por Rayer, Malmsten, etc., ha sido positivamente considerada como un síntoma de una gran frecuencia y de un gran valor por Simpson, Landouzy y Miguel Levy (1). Hoy la amaurosis sirve poderosamente para el diagnóstico y pronóstico de la albuminuria y recíprocamente. El cuadro siguiente de Lécorché presenta los desórdenes ó trastornos de la vision en todos los grados coincidiendo con la albuminuria segun

Bright, en la relacion de..........	4 á 87.
Landouzy........................	13 á 25.
Malmsten........................	11 á 24.
Abeille.........................	1 á 5.
Frerichs........................	6 á 22.
Avrard..........................	5 á 5.
Wagner..........................	15 á 157.

Lécorché (2) ha encontrado la ambliopia siete veces en diez y siete casos de nefritis albuminosa, aguda ó crónica.

Estos desórdenes de la vision son la ambliopia y la diplopia, complicadas algunas veces de exoftalmía, de estrabismo, de prolapsus de los párpados. La anatomía patológica ha demostrado que estas lesiones asientan habitualmente en la retina, y consisten en una hiperemia con edema, en equímosis, y en fin, en una degeneracion grasosa alrededor de la papila del nervio óptico. La amaurosis afecta habitualmente los dos ojos al mismo tiempo; ordinariamente pasaje-

(1) Landouzy et Michel Lévy, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XV, p. 74 et 96; t. XVI, p. 53 et 376.

(2) Lécorché, *De l'altération de la vision dans le néphrite albumineuse (Maladie de Bright*, thése inaugurale. Paris, 1858).

ra y temporal, puede hacerse algunas veces permanente é incurable. El valor de la amaurosis en relacion á la albuminuria es tal, como hemos dicho, que ha sido llamada *precursora*. La ambliopia no es precursora mas que se ha descuidado examinar la orina de los enfermos, y es al contrario un signo tardío. Estas alteraciones pertenecen mas especialmente á la albuminuria brightica. Este síntoma, aunque liga á la albuminuria, no *está del todo en relacion con las variaciones de la albúmina en la orina*. (Lorain.)

Parálisis, *neuralgias*, *sorderas*.—Hechos de esta naturaleza han sido señalados ya por Bright, pero Simpson ha tenido el mérito de agruparlos y el de enseñarnos su importancia. Fletwood Churchill tambien ha establecido la frecuencia de estos hechos en el embarazo. Sobre treinta y cuatro casos de parálisis, él cuenta diez y siete casos de hemiplegia completa, uno de hemiplegia parcial, cuatro de paraplegia, de los cuales dos con parálisis de una sola pierna, seis de parálisis facial, tres de amaurosis y tres de sordera. Algunas de estas parálisis son consecutivas á la eclampsia, pero las hay que suelen sobrevenir sin convulsiones, y la albuminuria existe en todos estos casos. Estos estados morbosos que se presentan sobre todo en el embarazo, son los que dan lugar á la albuminuria y pueden servir para diagnosticarla, al mismo tiempo que tienen un valor pronóstico considerable.

Cefalalgia.—Este síntoma se presenta frecuentemente con la albuminuria; Osborne, Christison, Malmsten, Frerichs, lo han notado; Robert Jones, en su Memoria sobre las convulsiones puerperales, le cita diez y nueve veces en veinte y ocho casos, Imbert-Gourbeyre veintiuna veces en sesenta y cinco casos.

Rilliet ha señalado la frecuencia de este síntoma, que él llama *encefalopatía*, en los niños atacados de hidropesía, sobre todo á consecuencia de las fiebres eruptivas, síntoma, al cual algunos médicos atribuyen una gran importancia pronóstica.

El *coma* que es precedido de la *soñolencia*, las convulsiones histéricas y coréicas de la eclampsia, son la mas alta expresion de los desórdenes nerviosos que se hallan con la albuminuria. La eclampsia puede sobrevenir en todos los casos en que hay albúmina en las orinas; pero sobreviene sobre todo en las mujeres en cinta y en las enfermedades de los niños, mientras que el coma es mas frecuente en la albuminuria con anasarca que proviene de la escarlatina y de la accion de un enfriamiento repentino.

Las lesiones de las funciones nerviosas tienen, por decirlo así, su correspondencia en los *desórdenes gástricos* y en las *alteraciones de las funciones digestivas*, que preceden ó acompañan los accidentes nerviosos. Estos desórdenes consisten en vómitos y en diarrea. Las materias arrojadas exhalan en seguida un fuerte olor amoniacal.

Uremia.—La mayor parte de los autores contemporáneos han querido atribuir los accidentes nerviosos y ciertos desórdenes gástricos,

de que ya hemos hablado, á la retencion de la urea en la sangre en los enfermos atacados de albuminuria. Así los hechos clínicos se hallan fácilmente explicados. Esta teoría data de los primeros dias del conocimiento de la enfermedad de Bright, pero ha tomado mas consistencia con los trabajos de Christison, Wilson, de Addison; en fin, en estos últimos tiempos Frerichs (1) ha dado una nueva interpretacion á esta clase de hechos, y conserva á la teoría de estos hechos el nombre de uremia, de la misma manera que ha conservado á la albuminuria (cualquiera que ella sea) el nombre de enfermedad de Bright.

Los principales trabajos publicados recientemente sobre la produccion de la uremia son los de Frerichs (*loc. cit.*), de Narcisse Gallois (2), de Hammond (3), Treitz (4), Richardson (5), Oppler (6), Jaksch (7), Pihan-Dufeillay (8), Petroff (9), Alfred Fournier (10), cuya tésis reasume los datos actuales sobre este objeto. Frerichs ha intentado demostrar que la urea no es un veneno; N. Gallois y Hammond, al contrario, que esta sustancia en cierta cantidad obra como un violento veneno capaz de producir todos los fenómenos de la uremia: Brown-Sequard nota con razon que las experiencias de Gallois y Hammond, no demuestran que la urea no haya sufrido trasformacion en la sangre antes de la produccion de los fenómenos de envenenamiento.

Segun Frerichs, no es la urea mas que cualquiera otro principio normal de la sangre ó de la orina, quien causa los accidentes, estos son determinados por la trasformacion en carbonato de amoniaco de la urea condensada en la sangre; para que esta trasformacion tenga lugar, es necesaria la intervencion de un principio particular. ¿Cuál es este principio? Un fermento. Dos condiciones son, pues, necesarias: 1.ª condensacion en la sangre de la urea; 2.ª accion de un fermento. Que si este fermento no se produce, la presencia de la urea en la sangre, por prolongada que sea, no será seguida de accidentes. Se ve, en efecto, en los enfermos afectados desde largo tiempo de la enfermedad de Bright, que la urea existe en gran abundancia en la sangre, y en estos enfermos no se produce ningun accidente nervio-

(1) Frerichs, *Die Brightsche Nierenkrankheit*. Braunschweig, 1851.

(2) Gallois, *Essai physiologique sur les urées et les urates*, thèse inaugurale. Paris, 1857.

(3) Hammond, *North American medico-chirurg. Review*, 1859, n.º 5, p. 165.

(4) Treitz, *Des affections urémiques de l'intestin* (*Prager Vierteljahrschrift*, t. IV, 1859, extrait dans les *Archives générales de médecine*, 1860).

(5) Richardson, *Sur l'urémie* (*The Lancet*, 1860).

(6) Oppler, *Beiträge zur Uræmie* (Virchow's *Archiv.*, t. XXI, 1860).

(7) Jacksch, *Remarques cliniques sur l'urémie* (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1860, traduct.).

(8) Pihan-Dufeillay, *Étude sur la mort subite dans l'enfance causée par les troubles du système nerveux*, thèse de Paris, 1861.

(9) Petroff, *Zur Lehre von der Uræmie*, (Virchow's *Archiv.*, t. XXV, 1862).

(10) Alfred Fournier, *De l'urémie*, thèse de concours d'agrégation. Paris, 1863.

so. ¿Cuál es la causa que puede determinar esta fermentacion? Esto es lo que se ignora (1).

La presencia en exceso de la urea en la sangre está íntimamente ligada á la presencia de la albúmina en la orina. La sangre experimenta por una parte una pérdida de albúmina, y por otra un exceso en la proporcion de la urea que contiene. Este aumento en la proporcion de la urea es un hecho adquirido (Bostock, O. Rees, Rayer y Guibourt, Garrod, Lehmann, Canpenter, Becquerel, Braun). Entre los autores, los unos, como Wilson, y Christison, han pensado que la urea sin trasformarse obraba como un veneno; Bence Jones ha propuesto explicar los accidentes por la produccion de ácido oxálico en la economía, trasformandose la urea ó los uratos en oxalatos ó en ácido oxálico. Esta teoría no ha gozado largo tiempo de favor. Para Frerichs los accidentes resultan, como ya hemos dicho anteriormente, de la intoxicacion de la sangre por el carbonato de amoniaco formado en el torrente circulatorio por la descomposicion de la urea, lo que se explica por la fórmula siguiente:



$$C^2Az^2H^4O^2 + HO = (AzH^3,HO)\,CO^2.$$

Wöhler ha demostrado largo tiempo despues que la urea puede trasformarse en el cuerpo humano en carbonato de amoniaco; pero el fermento que es necesario para producir esta trasformacion de urea en carbonato de amoniaco está todavía sin hallar.

Frerichs, Lehmann y Schmidt han dicho haber vuelto á encontrar el carbonato de amoniaco en los enfermos iscúricos ó anúricos, y en los animales que sufrieron la nefrotomía (por consecuencia urémicos). Sin embargo, se ha pensado que habia habido algunas veces ilusion cuando se creia reconocer el carbonato de amoniaco en los productos de la respiracion, por los vapores que se producen alrededor de una varilla mojada en ácido clorhídrico y presentada á la boca de los enfermos. Estos vapores se manifiestan por un aire húmedo: la boca de los enfermos está muchas veces sucia y amoniacal. La sangre normal pierde el amoniaco por la adicion de un álcali cáustico, aunque el amoniaco no preexiste.

En cuanto á la uremia, en el sentido propio de la palabra, está fuertemente comprobada por las experiencias repetidas, en particular, de Würtz y Berthelot, que han demostrado la inocuidad constante de las inyecciones de urea en la sangre de los animales, con tal que las dósis no fuesen muy excesivas. (Gubler.) Mucho mas parece que el procedimiento de Liebig para la dósis de urea, es vicioso y da una muy grande proporcion de este principio: el nitrato ácido de mercurio precipita ciertas sustancias azoadas, como la urea. Wurtz y Berthelot, en tres casos de albuminuria aguda, con ataques epilépticos ó

(1) *Essai sur l'éclampsie* (*Revue étrangère et medico-chirurgicale.* Paris, 1858).

coma eclámptica, no han hallado en la sangre mas que la proporcion media de urea de toda flegmasía febril.

Schottin ha pensado que una parte importante de los accidentes vienen de las materias extractivas, desconocidas, que acompañarian á la urea, y Picard (1) no está lejos de profesar esta opinion. Challan (2), en una tésis reciente, sostiene con talento esta doctrina, y señala entre las materias extractivas de la orina, la *creatinina* como sospechosa de una nocuidad particular. Esta será, pues, la doctrina de la *urinemia*.

Para Gubler, este modo de ver se acerca mas que el de los otros autores á la verdad. Aparte de la eclampsia que falta frecuentemente en la uremia y puede existir sin ella, los otros síntomas mas oscuros podrán ser explicados, como los de la *colemia* lo son por la acumulacion en la sangre de sustancias, cuya eliminacion pertenece á la glándula hepática. El edema cerebral será en definitiva la mejor razon anatomo-patológica de la eclampsia.

En una relacion hecha á la Sociedad anatómica en Junio de 1854, sobre dos observaciones de uremia presentadas por Ornellas, Charcot (3) se pregunta cuál es la causa de los accidentes cerebrales en la enfermedad de Bright. Establece que *rara vez* se la halla en las lesiones de los centros nerviosos; lo mas frecuentemente estas lesiones no existen, segun Charcot, y uno es conducido á ver en estos accidentes, no una complicacion, pero sí una consecuencia de la afeccion renal.

Piberet, en un trabajo sobre las convulsiones en la albuminuria (4), concluyó que: 1.° Los derramamientos de serosidad en la aracnoides, los ventrículos del cerebro, la infiltracion de la pia-madre y de la sustancia cerebral, le parecen explicar mas fácilmente los accidentes cerebrales en la enfermedad de Bright y en la escarlatina. 2.° Ciertos casos de accidentes nerviosos no pueden ser explicados por ninguna lesion cerebro-espinal. En semejante caso, hay una verdadera intoxicacion; solamente este agente tóxico no ha sido todavía hallado. Por otra parte, Barthez y Rilliet (5) se expresan así: «La anatomía patológica demuestra de una manera irrecusable que los accidentes cerebrales no son de ordinario el resultado de una lesion importante del aparato cerebro-espinal... Son muy probablemente resultado de la alteracion de la sangre, á la que es preciso referir la verdadera causa de los accidentes cerebrales.

(1) J. Picard, *De la présence de l'urée dans le sang et de sa diffusion dan l'organisme*, thése de Strasbourg, 1856.

(2) Albert Challan, *Nouvelles recherches sur l'urémie*, thése de Strasbourg, 1865, n.° 845.

(3) Charcot, *Gazette hebdomadaire de médecine*, Febrero, 1858.

(4) Piberet, *Des accidents qui peuvent survenir du côté du système nerveux dans le cours de la maladie de Bright et de l'albuminurie consécutive à la scarlatine*, thése de doctorat. Paris, 1855.

(5) Rilliet et Barthez, *Traité des maladies des enfants*.

Hemorragias.—Hay algunas razones para creer que la albuminuria con uremia ejerce influencia en la produccion de ciertas hemorragias. En favor de esta opinion nosotros citaremos á Blot, que ha demostrado la influencia de la albuminuria sobre las hemorragias en las mujeres embarazadas. La alteracion de la sangre que favorece las hemorragias se produce en la enfermedad albuminúrica aguda ó crónica. Un caso de hemorragia cerebral ha sido observado en el curso de la enfermedad de Bright por A. Tardieu (1).

Relaciones de la albuminuria con diversas afecciones.—Terminaremos esta ojeada de las relaciones de la albuminuria con los diferentes estados morbosos, reproduciendo, como Frerichs, una estadística de los órganos enfermos antes ó despues de la enfermedad de Bright, levantada sobre el análisis de 292 observaciones, de las cuales 100 son de Bright, 14 de Christison, 37 de Gregory, 8 de Martin Solon, 48 de Rayer, 45 de Becquerel, 10 de Bright y Barlow, 9 de Malmsten y 21 de Frerichs.

1.° *Organos de la circulacion.*—Sobre estos 292 casos el corazon ha sido hallado 99 veces hipertrofiado, de los cuales 41 casos con alteracion de los orificios, 16 con adherencias de las arterias gruesas, 42 sin otra alteracion que la hipertrofia.

2.° *Pulmones.*—Estos órganos se han hallado con mas frecuencia enfermos que el aparato de la circulacion. De los 292 casos, 175 veces los pulmones ó los bronquios fueron hallados enfermos, de estos 75 casos de edema del pulmon (4 casos de edema de la glotis); la pneumonía en todos los grados ha sido hallada 27 veces; en 2 casos habia gangrena del pulmon y 8 veces apoplegía pulmonal (en algunos de estos casos habia lesion del corazon); 22 veces habia enfisema y 37 veces tubérculos.

3.° *Hígado.*—De los 292 casos, el hígado ha sido hallado 46 veces enfermo; es la misma alteracion que la cirrosis la que siempre se ha notado; 19 veces habia estado grasoso; 1 vez carcinoma.

4.° *Bazo.*—Treinta veces se han hallado alteraciones patológicas, de las cuales 26 casos eran de tumores antiguos y 4 casos de enfermedad aguda.

5.° *Estómago.*—Treinta y un casos de enfermedad; 24 veces gastritis ó catarro crónico del estómago (en los bebedores); 3 veces úlcera simple; 4 veces carcinoma del píloro; 1 vez reblandecimiento tífico del estómago.

6.° *Intestinos.*—Sesenta y un casos de alteraciones morbosas; 34 veces hiperemia y catarro intestinal; 13 veces erupcion foliculosa; 12 veces tubérculos ganglionares, y 2 veces ulceracion tifoidea.

7.° *Sistema nervioso central.*—Cerebro, 11 veces apoplegía cerebral, de las cuales 8 veces con hipertrofia del corazon y lesiones valvulares; 2 veces con degeneracion ateromatosa de las arterias; 1 sola

(1) A. Tardieu, *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, XVI année, bulletin n.° 4, Mayo, 1841.

vez no se ha hallado ninguna otra lesion mas que la apoplegía cerebral.

En 40 casos se ha notado un derrame de serosidad en la aracnoides: 2 veces habia meningitis, y en 1 de estos dos casos producciones tuberculosas; 1 vez tumor del cerebro de naturaleza cancerosa.

8.° *Membranas serosas.*—Entre otros derrames ordinarios ascíticos, se han notado derrames considerables en las pleuras 35 veces, en el peritoneo 33 veces, en el pericardio 13 veces.

Se han notado todavía diversas enfermedades de los huesos: 7 veces tumor blanco, cáries de las vértebras, necrosis, etc. Se han notado tambien un cierto número de enfermedades de las vias urinarias, cálculos, etc.

Lo que sobresale en esta estadística es la excesiva frecuencia de las enfermedades del corazon, y estos hechos están de acuerdo con la teoría, pareciendo que nada predispone mas á la albuminuria que un desórden de la circulacion.

§ IV.—Curso, duracion, terminacion.

Algunos autores han dividido las diversas albuminurias en dos grupos: 1.° albuminuria aguda; 2.° albuminuria crónica.

La primera expresion no significa siempre albuminuria pasajera; y la segunda no quiere decir siempre enfermedad de Bright. Seria preferible adoptar con Jaccoud las cuatro divisiones siguientes: albuminuria *pasajera*, albuminuria *aguda*, albuminuria *persistente*, albuminuria brightica. Roberts (1), aunque acepta las albuminurias *temporales*, en relacion con un simple estado catarral de los tubos uriníferos y una proliferacion considerable de sus elementos epiteliales, estado bien lejano, por consiguiente, del *granular kidney*, no hace, sin embargo, sino la distincion de enfermedad de Bright *aguda* y *crónica*. En Francia se han habituado á entender bajo el nombre de enfermedad de Bright lesiones muy avanzadas y casi específicas del riñon; esta division seria mal comprendida, y se hallaria sin duda que el nombre de enfermedad de Bright está mal aplicado á las albuminurias de la primera clase: Roberts habrá querido hacer á su ilustre compatriota el honor de una larga interpretacion del fenómeno que apenas se halla en sus obras.

Se pueden admitir tres clases de albuminuria:

1.ª En la primera clase nosotros colocaremos las albuminurias que se presentan un instante y accidentalmente en el curso de una enfermedad crónica (gota, diabetes, etc.), sin que nada pueda hacer prever lo que será todavía, sin que esté en el genio morboso producir la albuminuria. Tales son desde luego las albuminurias de las fiebres tifoideas, del tífus, de la pneumonía, accidentes sin impor-

(1) Roberts, *A practical treatise on urinary and renal diseases*. London, 1865.

tancia, sin valor, que no persisten y que no parece deben ser el punto de partida de una albuminuria crónica, ni complicarse de graves accidentes que se encuentran en otras formas de albuminurias aun en el estado agudo. Del curso, de la duracion, de la terminacion de esta albuminuria, nada hay que decir. Todo lo mas se podrá hacer una reserva en lo que concierne á la albuminuria del cólera. Algunos médicos (Martin Solon) han pensado que podia haber albuminurias críticas. Se ha comprobado que se encuentra fácilmente albúmina en la orina de los coléricos, y que este fenómeno coincide con el período de reaccion.

Esto no es una crísis, pero lo es cuando, como Bouillaud la observó, la reabsorcion rápida de un derrame pleurítico hace aparecer la albúmina en la orina. Bajo el punto de vista de Gubler, la albuminuria será con bastante facilidad un fenómeno crítico de la superalbuminosis sanguínea (discrasia leucomática).

Nosotros no pensamos que se pueda dar una significacion particular á la albuminuria del crup (véase el *pronóstico*), y que este fenómeno tenga ninguna importancia diagnóstica.

2.ª La albuminuria aguda comprende aquellas formas en las cuales puede haber delitescencia, desaparicion rápida, ó al contrario, persistencia y agravacion de este síntoma. Este caso se encuentra en las fiebres eruptivas, y sobre todo la escarlatina, el sarampion, la viruela, las erisipelas mismas, en el enfriamiento, excesos de bebidas, estado de embarazo. Cada una de estas formas puede pasar del estado agudo al estado crónico, y no es una de esas albuminurias agudas que no pueden convertirse en albuminuria crónica ó enfermedad de Bright verdadera. Será, pues, por la duracion del síntoma, por la concomitancia de otros accidentes de los cuales vamos á hablar, por lo que se juzgará del valor de la albuminuria y se reconocerá la especie. En cuanto á la albuminuria que sobreviene en algunas afecciones crónicas de las vísceras, no puede estudiarse sino á título de complicacion de esa enfermedad bajo la dependencia de la cual se halla.

3.ª La albuminuria crónica lleva consigo la persistencia de la albúmina en la orina y el conjunto de síntomas propios ó de complicacion habitual, que se reconoce en la enfermedad de Bright, de los que no vamos á hacer la descripcion.

La *duracion* de la albuminuria es extremadamente variable. La forma aguda transitoria, pasajera, no es mas que un accidente fugaz que puede aparecer y desaparecer, y cuya duracion puede no ser mas que de algunas horas y no pasar de algunas semanas: la albuminuria debida á las cantáridas dura, término medio, de tres á cuatro dias. La segunda forma tiene una duracion un poco mas larga; la albuminuria escarlatinosa y la que acompaña al embarazo, cuando curan, pueden persistir, la primera durante muchos dias y hasta muchas semanas, la segunda durante muchos meses, y terminarse, sin

embargo, por la curacion. En el embarazo, la persistencia de este síntoma está en relacion con la persistencia de la causa, que es el embarazo mismo. La albuminuria aguda á consecuencia de un enfriamiento puede no durar muchos dias, pero tiene tendencia á pasar al estado crónico. La albuminuria crónica tiene una duracion que es difícil de calcular; sin embargo, esta duracion puede ser calculada, lo mínimum, en muchos meses; no es raro ver á la albuminuria crónica prolongarse durante tres ó cuatro años y aun mas: se citan casos de albuminuria que han durado mas de diez años.

Cualquiera que sea la forma de albuminuria, su curso es rara vez regular: cuando el fenómeno es contínuo está sometido á fluctuaciones notables. Dresser, de Würzbourg (1), ha descrito un caso que se presentaba por accesos en medio de un aparato febril: mas este medico tal vez ha visto una fiebre intermitente con albuminuria en cada acceso. Gubler distingue las *variaciones cuantitativas* siguientes: 1.ª variaciones *periódicas* en relacion con los grandes períodos de aumento ó de declinacion, sea de la enfermedad de Bright, sea de cualquiera otra enfermedad de la cual depende la filtracion albuminosa; 2.ª variaciones *diurnas* ligadas á las alternativas de la vigilia y del sueño, de la alimentacion y del ayuno; 3.ª las variaciones *accidentales* debidas á causas pasajeras ó á afecciones intercurrentes.

Las variaciones diurnas son interesantes: la regla es que la albúmina sea mas abundante de dia, en razon de los alimentos que toman los enfermos. Sin embargo, alguna vez, y en virtud de lo que Gubler ha llamado la *congestion soporosa*, la orina de la noche está mas cargada de albúmina que la del dia; esto es un signo grave y se relaciona generalmente con la albuminuria brightica.

La reaplicacion ó el aumento de intensidad de la causa hacen aumentar tambien las proporciones de la albúmina expulsada.

Las albuminurias temporales se *terminan* habitualmente por la curacion: la albuminuria persistente pasa casi siempre á convertirse en la enfermedad de Bright, la cual se termina en general por la muerte de los sugetos.

§ V.—Lesiones anatómicas.

La ciencia de la anatomía patológica ha hecho grandes progresos despues que se creyó que la albuminuria no depende sino de las lesiones renales tan profundas, descritas bajo el nombre de *afeccion granular*. Bright ha visto sucederse numerosos trabajos sobre esta cuestion, que no era dado á un hombre solo llevar á cabo. Los tres grados que él habia señalado á la enfermedad, fueron bien pronto elevados á un número mas considerable. La clasificacion de las le-

(1) Dresser, *Ueber Albuminurie mit Chromaturie* (Virchow's *Archiv.*, 1854).

siones renales en la albuminuria (nefritis albuminosa) ha sido establecida por Rayer, y apenas ha sido cambiada despues de la publicacion del *Tratado de enfermedades del riñon*. En efecto, la descripcion de la apariencia que pueden presentar los riñones vistos á ojo desnudo, en todos los grados de la nefritis albuminosa, no podrá hacerse mas completa ni mas exactamente. Nosotros recopilaremos brevemente esta clasificacion: 1.° Hiperemia punteada, hinchazon de la sustancia cortical, aumento de volúmen. 2.° El aumento de volúmen persiste, pero hay mezcla de anemia y de hiperemia, y aspecto marmóreo, tinte pálido, salpicado de rojo. 3.° Decoloracion, tinte pálido uniforme, inyeccion por placas, granulaciones que provienen de un antiguo depósito de linfa plástica. 4.° Los riñones siempre voluminosos son pálidos, su superficie está sembrada de manchas lechosas, granulosas (*granulated texture*). 5.° Aspecto granuloso mas señalado, irregularidad de la superficie del riñon. 6.° Los riñones son mas pequeños que en el estado normal, duros, desiguales, mamelonados.

Al lado de estas investigaciones sobre la nefritis albuminosa se colocan observaciones de casos en los cuales la albuminuria se produce bajo la influencia ó la ocasion de lesiones primitivas que no son del mismo órden que la enfermedad primitiva de Bright (*albuminuria por las cantáridas*, *albuminuria por obliteracion de las venas renales*, etc.). Nosotros no haremos mas que indicar todas las alteraciones orgánicas (cáncer, tubérculo, hidátides) del riñon que pueden preceder ó complicar la albuminuria, pero que no son lesiones esenciales en relacion necesaria con la albuminuria.

Despues tuvieron lugar algunas tentativas para hacer de la albuminuria un síntoma general que podia presentarse en circunstancias muy diferentes, al estado agudo ó crónico, de una manera pasajera ó permanente, y se debe averiguar si existia una *lesion comun* del órgano y de la funcion que pudiera explicar la albuminuria en todos los casos. El resultado ha sido demostrar que cualesquiera que sean la causa primera, el orígen, la albuminuria no puede producirse y no puede persistir, sobre todo sino en ciertas condiciones anatomopatológicas ú orgánicas constantes, siempre idénticas.

En Alemania, Henle, Vogel, Canstatt, Frerichs; en Inglaterra, Toynbee, Simon, Busk, Johnson sobre todo han estudiado la albuminuria bajo el punto de vista de la anatomía patológica. La degeneracion grasienta de los diversos elementos del riñon, la demostracion de la *nefritis esfoliativa* ó por *descamacion* aguda ó crónica pertenecen á Johnson. Un ensayo de clasificacion intentado por Henle en 1848 daba los resultados siguientes: se habia llegado á conocer la *esteatosis de los riñones* (Gluge y Johnson), la inflamacion subaguda esfoliativa (Simon), la cirrosis del riñon (teoría alemana).

Se habia realizado un verdadero progreso; se conocia, ó al menos estaba cerca de conocerse, el mecanismo anatómico de la albuminu-

ria, la cual, bajo el punto de vista de la lesion, estaba llamada á no ser mas que una cuestion de fisiología patológica.

Para Becquerel y Vernois, todas las veces que no hay allí enfermedad de Bright propiamente dicha, y que la presencia de la albúmina en las orinas no puede atribuirse á la mezcla, sea de sangre, sea de pus, la albuminuria, en cualquiera circunstancia que se presente, *cualquiera que sea la enfermedad aguda ó crónica* que venga á complicar, *es siempre debida á la infiltracion granulosa de las células secretoras* de un cierto número de *túbulos*, á *la destruccion de las células* y á la *transudacion del suero* de la sangre á través de las paredes desorganizadas de los *túbulos*. Todas estas alteraciones son perfectamente susceptibles de curacion, pero pueden tambien conducir á modificaciones mas graves del tejido renal, *modificaciones que constituyen entonces el carácter anatómico* de la enfermedad de Bright crónica propiamente dicha (1).

Antes de describir las lesiones íntimas de extructura que expliquen el mecanismo de la albuminuria, colocaremos aquí algunas observaciones y ejemplos de albuminuria consecutiva á lesiones diferentes de las que sirven para caracterizar la nefritis albuminosa, y sobre todo la enfermedad de Bright al principio.

Albuminuria producida por las cantáridas á consecuencia de la aplicacion de vejigatorios.—En tres enfermos que han sucumbido, Bouillaud no ha encontrado ninguna señal de falsas membranas en la vejiga; la sola lesion notable era una rubicundez marcada de la membrana mucosa del cáliz y de la pélvis del riñon. En un caso, la mucosa de los cálices y de las pélvis del riñon estaba fuertemente inyectada, violácea y como equimosada; su superficie era desigual, granulosa, sembrada de puntos blancos salientes, formados por pequeñas falsas membranas. La superficie interna de los uréteres estaba igualmente inyectada y tapizada de falsas membranas. La vejiga estaba inyectada al nivel del cuello, y en el bajo-fondo se encontraron falsas membranas. Despues se han observado numerosos hechos de esta naturaleza, y nosotros mismos hemos tenido mas de una vez en la Maternidad ocasion de encontrar semejantes alteraciones en la autopsia de mujeres muertas de fiebre puerperal, en las cuales se habian aplicado grandes vejigatorios sobre el abdómen. (Lorain.)

Abscesos del riñon.—Los abscesos del riñon no son muy comunes, sin embargo, se han hallado algunos ejemplos citados en los autores. Rayer refiere un hecho de pulmonía doble en el cual se descubrió en la autopsia un pequeño foco purulento y sanguinolento en la parte superior del riñon derecho; los dos riñones estaban afectados de nefritis granulosa. Gendrin, en su historia de la inflamacion, refiere cuatro casos de abscesos del riñon en variolosos. Se han hallado abscesos del riñon, en la viruela, sarampion, escarlatina, fiebre

(1) Becquerel et Vernois, *De l'albuminurie*. Paris, 1856.

tifoidea. Un caso que refiere el doctor J. Comack (1) presenta un absceso del riñon en un caso de albuminuria escarlatinosa. Los riñones en este caso estaban descoloridos, atrofiados; en la extremidad inferior de uno de estos riñones existia una cavidad circunscrita, llena de pus fluido, cuyos caractéres fueron reconocidos al microscopio.

Lesiones de los vasos sanguíneos.—Las lesiones de los vasos sanguíneos de los riñones en el caso de albuminuria pertenecen á dos órdenes muy distintos. Hay la extension de la inflamacion á los vasos, estancamiento, dilatacion ó atrofia, ú obliteracion por coágulos, de las venas del riñon. Rayer ha notado, segun Bright, que las pequeñas divisiones de la arteria renal en la nefritis albuminosa, se dejan menos fácilmente penetrar por una inyeccion que la arteria de un riñon sano. Becquerel notó que inyecciones hechas en las arterias renales no penetraban sino muy incompletamente en las raicillas; los vasos venosos quedaban en parte impermeables.

«Los vasos sanguíneos de los corpúsculos de Malpigio, dice el doctor Simon (2), acaban por obliterarse.» Segun Johnson (3), las arteriolas experimentan alteraciones idénticas á las que sufre el riñon en todos sus otros elementos. Su pared engruesa, sin que su calibre desaparezca por avanzada que sea la desorganizacion renal; y cuando las células secretorias de los tubos uriníferos son destruidas y no ejercen su accion atractiva sobre la circulacion de la sangre, la circulacion es detenida, y los glóbulos grasosos llenan aquí y allá el calibre de estas arteriolas. Las venillas se atrofian y parece que en parte desaparecen.

Hay otro órden de lesiones vasculares que no participan de la afeccion comun á todos los elementos del riñon, y que son causa y no efecto. Nosotros queremos hablar de la obliteracion del tronco de la vena renal, por causa de una flebitis local ó venida por extension de las venas vecinas; producirán la albuminuria por un mecanismo semejante al que hemos indicado en la fisiología patológica y en la patogenia: aumento de la presion de la sangre por obstáculo de la circulacion venosa.

Flebitis renal.—Rayer (4) presenta una observacion de nefritis albuminosa con flebitis de la vena renal. La vena renal derecha estaba obstruida por un coágulo formado de muchas capas concéntricas que penetraban en algunas de sus ramas y parecian datar de antiguo; el interior de este coágulo estaba canaliculado. En el capítulo intitulado *Inflamacion de las venas renales* (5) se halla la observacion de una jóven de veinte y un años, muerta con un anasarca, en

(1) J. Comack, *Archives de médecine*, 1859.
(2) Simon, *Médico-chirurgical Trans.*, 1847.
(3) Johnson, *ibid.*, 1850.
(4) Rayer, *Traité des maladies des reins*, t. II, p. 269, obs. XXXIII.
(5) *Ibid.*, t. III, p. 592.

la cual las dos venas renales presentaban una alteracion muy señalada; su tronco, su primera y su segunda division en arco estaban llenas de concreciones fibrinosas, de un blanco amarillento, muy sólidas.

En una mujer muerta cuarenta y siete dias despues de haber parido, en un estado comatoso con subdelirio y un anasarca extremadamente señalado, Cossy (1) halla en la autopsia las venas femorales, ilíacas externas, y la misma cava inferior hasta 2 centímetros por debajo de las venas renales, completamente obliteradas por coágulos bien formados, elásticos, friables, de un blanco rojizo y amoldado exactamente sobre las paredes venosas. Los coágulos, *siempre parecidos*, se prolongaban de la vena cava á las *venas renales* de los dos lados; se les seguia en sus principales divisiones hasta en los intervalos de los conos tubulosos: estos coágulos estaban por todas partes amoldados sobre las paredes venosas, á las cuales no se adherian, sin embargo, mas que en algunos puntos.

Un hecho idéntico ha sido descrito por Delaruelle (2).

Albuminuria sifilítica.—¿Existe una albuminuria sifilítica y una lesion renal propia de esta enfermedad? Esta cuestion ha sido planteada desde antiguo por Blackall y Vells. Bright pensaba que la sífilis ó el mercurio producian la afeccion granulosa de los riñones. Rayer demostró que el mercurio no producia esta enfermedad, pero admitió la caquexia sifilítica como complicacion ó causa bastante frecuente de nefritis albuminosa, y publicó muchas observaciones de nefritis albuminosa crónica con sífilis. Rayer señalaba particularmente, en estos casos, la *frecuencia de una afeccion del hígado caracterizada por lesiones especiales*; observaciones que han servido de punto de partida para algunos trabajos contemporáneos. Sin embargo, las lesiones renales no ofrecen nada de particular en semejante caso. Ferréol (3) atribuye á la lesion sifilítica del riñon los síntomas cerebrales y una paraplegia observada en una mujer muerta en el coma: la túnica del riñon estaba engrosada, el órgano presentaba puntos amarillentos, fibrino purulentos en su superficie; la sustancia cortical ofrecia montones de materia semipulposa. Virchow (4) refiere con todos sus detalles la autopsia de un sugeto en el cual pensaba que la sífilis habia producido la albuminuria, y describió la alteracion de los riñones, que comparaba á la del hígado, pero esta observacion no es concluyente.

Lesiones renales que se hallan con corta diferencia en todos los

(1) Cossy, *Gazette médicale*, 1846.
(2) Delaruelle, *Observation de pleurésie avec albuminurie; caillots dans les veines rénales* (*Bulletins de la Société anatomique*, 1846, t. XXI, p. 410).
(3) Ferréol, *Lésiones probablement syphiliques des reins* (*Bulletins de la Société anatomique*, 1856, p. 409).
(4) Virchow, *Traité de la syphilis constitutionnelle*, trad. Paul Picard. Paris, 1860.

casos de albuminuria.—Segun Frerichs, las alteraciones que el riñon presenta en los casos de albuminuria pueden ser colocadas en tres grupos, ó consideradas como comprendidas en tres estados. El primer estado será el de la *hiperemia* ó de la *exudacion* que *empieza*. El riñon está turgente, hinchado; los vasos llenos de sangre. El riñon está por todas partes infiltrado, aumentado de volúmen, rojo, de una consistencia blanda; los cálices y las pélvis están fuertemente inyectadas, y contienen un líquido rojizo sanguinolento. Esta hiperemia se observa en todos los elementos anatómicos del riñon; los corpúsculos de Malpigio están congestionados, obstruidos y hacen relieve; se forman en el parénquima del riñon derrames de sangre. Hay hiperemia é hipersecrecion, pero no hay todavía alteracion orgánica; por tanto, la albúmina pasa á la orina. Un poco mas tarde, los tubos uriníferos, los de la sustancia cortical desde luego, se llenan de fibrina, constituyendo cilindros trasparentes, homogéneos amorfos, amoldados sobre los canalículos, y reteniendo encerradas células epiteliales. Se hallan tambien glóbulos de sangre aislados ó aglomerados. La descamacion epitelial comienza, pues, y se hace mas ó menos completamente.

Estas lesiones son esencialmente compatibles con la albuminuria *temporal*.

El *segundo estado* es el de la exudacion y de la *trasformacion de los productos exudados*. La hiperemia ha desaparecido, la descamacion contínua se acaba como la exudacion que invade los glomérulos, los tubos uriníferos, la sustancia intermedia. La trasformacion tiene lugar: las células epiteliales se vuelven granulosas, la fibrina depositada en los tubos se altera; se producen granulaciones grasosas. El riñon en su conjunto toma un carácter particular bien notable, se decolora, volviéndose granuloso. Una parte de los vasos se atrofian y otros se aumentan. La capa de fibrina intersticial se vuelve granulosa y sufre la alteracion grasosa; algunos corpúsculos de Malpigio aparecen aquí y allí intactos. Las células epiteliales de los tubos uriníferos en la porcion cortical se vuelven globulosos y se llenan de granulaciones grasosas que cubren los tubos uriníferos. Los tubos así cubiertos y distendidos se atrofian por placas, se distienden y vuelven como varicosos ó ampulares en varios puntos.

En el *tercer estado*, período de atrofia del órgano en su conjunto, se hallan, al nivel de las granulaciones, los tubos uriníferos llenos y distendidos por la materia granulosa grasienta; la descamacion se ha concluido y no hay mas que un detritus grisáceo. En otra parte se ve la atrofia de los tubos uriníferos, plegados y aplastados. La atrofia ataca igualmente los corpúsculos de Malpigio, cuyos vasos han sido obliterados ó comprimidos. Mientras que el primer grado de la alteracion renal no ha sido sino rara vez observado, el tercero lo ha sido frecuentemente: sobre 292 autopsias, 133 veces se ha hallado este tercer grado.

Así Frerichs, en lugar de ver formas diferentes, ve grados; no reconoce especies, pero sí períodos diferentes y sucesivos de una alteracion.

Esta manera de comprender las lesiones renales propias de la albuminuria ha sido adoptada por toda la escuela alemana.

En las mujeres embarazadas que han sucumbido en la eclampsia albuminúrica, se han hallado muy frecuentemente las lesiones propias de la enfermedad de Bright ó de la nefritis albuminosa. En doce casos ó autopsias que fueron hechas en la clínica de Braun, se halla siete veces la atrofia, el estado dicho grasoso, la nefritis difusa y el edema del riñon. Wedl constantemente ha hallado, en el exámen micrográfico, los caractéres de la nefritis albuminosa.

Vernois y Becquerel aceptan completamente los trabajos de anatomía patológica, cuyo resúmen hemos dado. El libro del doctor Bennett (1) afirma que la misma opinion reina en Inglaterra.

Simon (2) no cree apenas posible admitir que un enfermo escape á los peligros de una albuminuria aguda con sus riñones del todo exentos de toda lesion confirmada. Una cierta cantidad, muy pequeña, puede ser, pero, en fin, un cierto número de sus tubos uriníferos habrá desaparecido.

La funcion cumplida hasta entonces por estos tubos obliterados, deberá ser repartida sobre el resto del órgano. Si por dicha se ve que los tubos atacados son en pequeño número, los que sobreviven suplen ámpliamente la funcion, y el enfermo puede restablecerse.

No habrá, pues, por decirlo así, albuminuria por rápida y pasajera que fuera, que no pueda dejar señales materiales de su paso.

Cornil (3) bajo el punto de vista de las lesiones anatómicas, hace dos clases de albuminurias. La primera, albuminuria pasajera, corresponde á 1.° la *congestion renal*, 2.° la *nefritis albuminosa pasajera*. La segunda, albuminuria persistente, comprende la nefritis albuminosa: 1.° simple; 2.° complicada de alteraciones ateromatosas de los vasos; 3.° complicada de estas alteraciones con granulaciones; 4.° complicada de alteracion amiloidea de los vasos. Nosotros daremos á conocer las alteraciones de la segunda clase en el capítulo siguiente (*Enfermedad de Bright*), donde ellas tienen naturalmente su lugar. En cuanto á las albuminurias pasajeras, presentan, dignos de notar, los detalles siguientes:

1.° *Hiperemia del riñon.*—La superficie de seccion del riñon está roja por la sangre; se ven dibujarse bajo la forma de líneas rojas, las arteriolas, y bajo la forma de puntos rojos, los glomérulos. Hay un débil engrosamiento, se ven los capilares, como si estuvieran inyectados. Este estado no tiene un gran valor diagnóstico, por el contrario, se le encuentra en el cadáver de individuos muertos sin albuminuria. La hi-

(1) Bennett, *The Principles and practice of medicine*, 1859.
(2) Simon, *Medico-chirurgical Transactions*, London, 1847.
(3) Cornil, mémoire cité et thèse de Paris, 1864.

peremia puede ser arterial ó venosa: en este último caso, la albuminuria se produce con mas seguridad y se prolonga mas tiempo, en razon de la presion sanguínea intra renal. Las orinas contienen hematina y glóbulos sanguíneos.

2.° *Nefritis albuminosa pasajera* (*nefritis catarral*, Virchow, Rosenstein).—Los riñones tienen su volúmen normal, y están flácidos, rara vez hiperemiados. Despues de haber levantado la membrana que le envuelve, su superficie parece gris blanquecina y lisa; las venas estrelladas están habitualmente congestionadas. Al principio, la sustancia cortical algunas veces ensanchada, es gris blanquecina y opaca: se ven cintas paralelas, perpendiculares á la superficie del riñon igualmente blanquecinas y opacas. Las pirámides son de un rojo nacarado: comprimiendo sobre su seccion se obtiene un líquido opaco, blanquecino, semejante al del pus, pero que en realidad no está compuesto sino de células epiteliales (pavimentosas) del riñon, mas ó menos alteradas, y de cilindros epiteliales, hialinos ó granulosos. Estas células son esféricas, dobladas ó triplicadas de volúmen, llenas de granulaciones protéicas: este estado es el que Virchow llama tumefaccion desordenada. Se reconocen estos detalles al microscopio, y se ven los *tubuli contorti* vueltos opacos por los tubos epiteliales y granulosos que contienen. Se sabe que productos semejantes se encuentran en pequeño número en los tubos renales en el estado normal. El desórden anatómico no es, pues, aquí sino una exageracion del movimiento fisiológico de nutricion parenquimatosa. Se hallan los mismos restos en la orina.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—La albuminuria consiste esencialmente en la presencia de albúmina en las orinas; por consiguiente, el diagnóstico de la albuminuria consiste en demostrar ó probar la presencia, en las orinas, de este principio inmediato, que no debe hallarse en el estado normal. La determinacion de la albúmina en las orinas se hace por medio de procedimientos físicos y químicos.

Orinas albuminosas.—La orina es el conjunto de productos orgánicos y minerales, disueltos en el agua, de que la sangre se despoja al atravesar el riñon. Los antiguos distinguian con razon la orina de la sangre, la orina de las bebidas y la orina de la digestion.

Las cualidades de la orina varían con la alimentacion en el mismo individuo. Magendie y Chevreul habian ya puesto en claro este hecho interesante. Cl. Bernard ha, segun su expresion (1), modificado la reaccion habitual de las orinas; sometiendo un perro á un régimen vegetal no azoado, y un conejo á un régimen de carnes, ha reconocido que en ayunas estos animales tenian la misma orina; la reac-

(1) Claude Bernard, *Cours de médecine au Collége de France.*

cion ácida de la orina está en relacion con una alimentacion azoada.

La orina del hombre sano es clara y de un tinte amarillento; su peso específico es de 1,005 á 1,030, siendo el del agua 1,000. Esta densidad puede variar en las enfermedades. La orina, en enfriándose, deja depositar fácilmente uratos; pasando algunos dias, adquiere algunas veces un olor amoniacal y se depositan sobre los bordes del vaso cristales de fosfato amoniaco-magnésico.

El término medio de la cantidad de orina en el adulto, es de mas de un litro (1,250 gr.) en veinticuatro horas.

La orina es alternativamente ácida, alcalina, neutra. Estos cambios están en relacion con la digestion y el sueño. La acidez de la orina es debida al fosfato ácido de sosa. La alcalinidad de la orina es debida á la presencia, sea del bicarbonato de sosa ó potasa (alimentacion vegetal), sea del fosfato básico de sosa (circulacion, movimientos violentos), sea del carbonato de amoniaco, por descomposicion de la urea. Delavaud (1) ha hallado la orina ácida por la mañana á la hora de despertar; neutra ó alcalina hácia las diez de la mañana; ácida durante la tarde y la noche. Bence Jones habia hallado resultados análogos.

Segun Brown-Séquard, la temperatura normal de la orina del hombre es de 38°,3 á 39,56 (media 39,12).

Tabla de la composicion de la orina (Berzelius).

Agua	933,00
Urea	30,10
Acido láctico libre; Lactato de amoniaco; Extracto de carne soluble en alcohol; Materias extractivas solubles en el agua	17,14
Acido úrico	1,00
Moco vexical	0,32
Sulfato de sosa	3,16
Sulfato de potasa	3,71
Fosfato de sosa	2,04
Cloruro de sódio	1,45
Fosfato de cal y de magnesia	1,90
Sílice	0,03
Bifosfato de amoniaco	1,65
Cloruro amónaco	1,50
	1000,00

El término medio de la urea, 15 gramos, segun Becquerel, es de 28 á 33 gramos por 1,250 gramos de orina, segun el mayor número de los autores.

La orina puede ser alterada por el hecho de la variacion de las proporciones normales de sus elementos, pero puede variar tambien

(1) Delavud, *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1853.

por la presencia de sustancias diversas, que aunque preexistiendo en la sangre, no pasan habitualmente á la orina; tales son el azúcar, la grasa, la albúmina, la fibrina.

La *albúmina* puede presentarse en las orinas *quilosas*. (Véase este artículo.) Estas orinas han sido estudiadas particularmente por Bence Jones (1). El *pus* en las orinas trasmite á este líquido una cierta cantidad de albúmina.

La *sangre* en la orina entraña igualmente una cierta cantidad de albúmina debida á la presencia del suero. Las orinas en la *nefritis albuminosa*, contienen casi siempre sangre en pequeña cantidad, principalmente en la forma aguda. La orina toma entonces un tinte oscuro (véase para el exámen microscópico de las orinas sanguinolentas, el artículo HEMORRAJIA RENAL).

Frecuentemente las orinas albuminosas (Becquerel y Rodiel) son anémicas, es decir, pobres en principios químicos; su color es pálido verdoso. La densidad de estas orinas está notablemente disminuida y varía con facilidad entre 1006,300 y 1014,700 (término medio 1011,340).

El punto esencial del diagnóstico es reconocer la presencia de la albúmina, y en ciertos casos determinar la cantidad.

Los diferentes métodos empleados para descubrir la presencia de la albúmina en la orina están fundados sobre el hecho de la coagulacion de la albúmina por el calor, el alcohol ó el ácido nítrico. Es necesario añadir la polarimetría. Mientras que la albúmina normal se coagula por el calor y el ácido nítrico, la albúmina caseiforme da por este ácido un precipitado soluble en un esceso de ácido y la albuminosa no se coagula ni por el calor ni por los ácidos; no es coagulable sino por el tanino, el alcohol, la creosota. (Mialhe.)

Con frecuencia el precipitado obtenido por el ácido nítrico se redisuelve en un esceso de reactivo, ó todo al menos desaparece por él despues que se satura suficientemente de ácido: hay probablemente calor entonces, destruccion de la sustancia.

La orina, para dar precipitado por el calor, debe siempre tener la reaccion ácida; si es neutra ó alcalina es necesario añadirle desde luego algunas gotas de ácido nítrico.

Los uratos, cuando se tratan con el ácido nítrico, pueden, descomponiéndose, abandonar un precipitado de ácido úrico que hará ilusion á primera vista; el depósito úrico desaparece cuando se calienta el líquido hasta la ebullicion, porque es mas soluble en caliente que en frio.

Por el calor solo se puede ver, en una orina que no contiene albúmina, un precipitado en forma de copos debido á los fosfatos térreos. Estos copos desaparecen por la adicion de algunas gotas de ácido.

(1) Bence Jones, *médico-chirurgical Transactions*.

No se debe jamás dejar de hacer el exámen comparativo y complementario por el calor y por el ácido, en el mismo momento.

Jaccoud aconseja como reactivo muy seguro y muy sensible una solucion preparada con una parte de mercurio y dos partes de ácido nítrico de una densidad de 1,41. A la temperatura de 60 á 100 grados, este reactivo da con los líquidos albuminosos una coloracion roja, intensa, persistente (Neubaner y Vogel).

El cloroformo, propuesto por Gigon, el agua alcanforada, preconizada por Lightfoot, han sido reconocidos como reactivos ilusorios. Icery ha comprobado que la albúmina tipo se colora en violeta por el licor cupropotásico de Barreswill y que las orinas albuminosas de la enfermedad de Bright no presentan esta reaccion: el hecho pasa habitualmente de esta manera; pero se debe, sin embargo, ser reservado cuando se trate de sacar consecuencias para los casos particulares; los diversos estados moleculares de la albúmina y las propiedades que le corresponden no están suficientemente claras.

El *alcohol* puede tambien servir para reconocer la albúmina y aun la albuminosis, pero tiene el inconveniente de precipitar tambien el moco y las sales.

Para la valuacion *cuantitativa* de la albúmina, el método del *peso* es el mejor, si no el solo que se debe emplear. Se precipita la albúmina por el calor, de una cantidad de orina determinada: se filtra el líquido y se deseca el coágulo. Si se teme que el peso de este coágulo desecado se aumente por el de los fosfatos terrosos, se quema la albúmina en un crisol de platino y se disminuye ó descuenta del peso del coágulo seco el de las cenizas que quedan en el crisol.

Bedeker ha propuesto la operacion por una disolucion de cianoferruro de potasio. Este método es largo, y no podrá servir sino para los líquidos que contienen al menos 1,5 á 2 por 100 de albúmina.

El *polarímetro-albuminímetro* inventado por A. Becquerel es una modificacion del aparato de Mitscherlich, el cual está fundado en los mismos principios que el polarímetro de Biot, es decir, en la medida de la rotacion directa (1). No daremos aquí la descripcion de este aparato, indicaremos solamente los resultados. Las desviaciones observadas son proporcionales á la cantidad de albúmina del líquido, de donde se deduce que cada minuto corresponde á 180 centígramos de albúmina pura. Si se quiere calcular la cantidad de albúmina que contiene un líquido, es necesario multiplicar el número de minutos que indican la medida de la desviacion á la izquierda por el número 180 centígramos. El resultado es la cantidad correspondiente de albúmina.

La figura 58 representa el sacarímetro de Duboscq, el cual puede

(1) Becquerel, *Recherches physiologiques et pathologiques sur l'albumine du sang et des divers liquides or ganiques (Archives générales de médecine*, 1850, t. XXII, p. 52).

reemplazar el albuminímetro. Debemos decir que se ha objetado al valor de los resultados de este método la incertidumbre que reina sobre las propiedades de la albúmina en los diversos estados molecula-

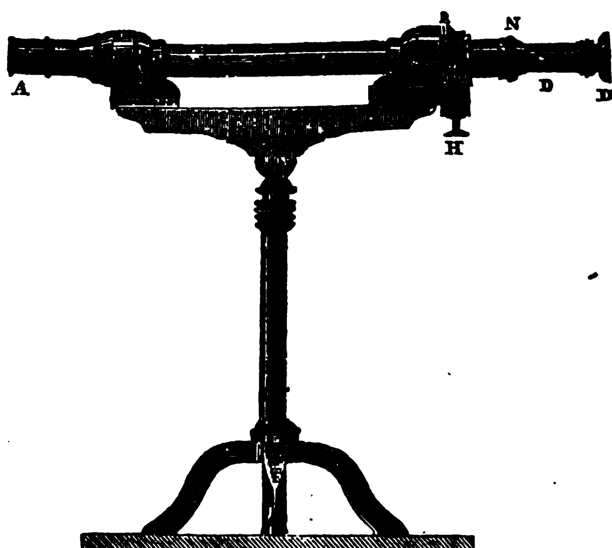


Fig. 58.—Sacarímetro de Duboscq.—1.° Un tubo movible ó porta-ocular, D D, al cual el operador aplica el ojo, y que alarga ó acorta de manera que vea distintamente.—2.° Un pequeño boton vertical que sirve para regular el instrumento, de manera que se haga coincidir el cero de la escala con el cero del indicador.—3.° Un gran boton horizontal, H, por él se hace uniforme el tinte del objeto de la vision. 4.° Un anillo, N, por el cual se da á la luz que pasa el tinte ó color mas propio para una valuacion precisa. 5.° En fin, la regla dividida, R, sobre el cual se lee el número de la riqueza del azúcar examinado.

res que puede afectar y que no siempre se podrá prever. Además, las orinas albuminosas frecuentemente carecen de trasparencia, y los medios que se empleasen para volverlas límpidas expondrian á privarlas de cierta cantidad de albúmina.

Segun Frerichs (1), la cantidad de albúmina en la orina varía desde 2,5 á 10,0 por 1000. La pérdida de albúmina en las veinticuatro horas es, en algunos casos de enfermedad de Bright, de 6 á 12 gramos. Becquerel ha hallado: 2,5 á 5,9; Schimidt: 4,4 á 23,8.

La cantidad de orina está muy disminuida en ciertas formas de la enfermedad de Bright. La cantidad media seria, en semejante caso,

(1) Frerichs, *Die Brightsche Nierenkrankheit*. Braunschweig, 1851, p. 60.

700 gramos poco mas ó menos. (Becquerel, Martin Solon, Frerichs.)

Se ha hecho constar la *disminucion de la cantidad de urea* en las orinas albuminosas. Segun Becquerel, que no ha analizado, es verdad, las orinas sino en pocos casos, la proporcion de la urea habria sido, al estado sano, poco mas ó menos 17 por 1000, y en los albuminúricos de 11 á 6, 8 y 5 por 1,000.

El exámen microscópico de las orinas albuminosas tiene la mayor importancia relativamente al diagnóstico de la forma de la enfermedad y de la gravedad del síntoma. Esta investigacion servirá además para distinguir la albuminuria de todas las otras afecciones que pueden mas ó menos accidentalmente dar lugar á la hematuria. Despues de haber dejado reposar la orina durante muchas horas, se toman las partes que están depositadas en el fondo del vaso y se las somete á la observacion. Los elementos del diagnóstico son principalmente las exudaciones y restos desgajados de los tubos uriníferos. Estos son de cuatro especies:

1.° *Cilindros de exudacion.*—Estos consisten en una exudacion de materia protéica, que representa la forma del tubo en que ha sido vaciada. Esto es una cosa análoga á los cilindros fibrinosos que se encuentran en la extremidad terminal de las ramillas brónquicas en la pulmonía, y que se reconocen por medio del microscopio, en su extructura molecular. Se les llama tambien *cilindros hialinos;* es preciso no confundirlos con los cilindros mucosos.



Figura 59.—Moldes consistentes en moco de la parte derecha de los tubos uriníferos. (Beale, pl. XVII, fig. 81.)

Las figuras 59 y 60 dejan ver dos ejemplares de una y otra variedad.

Los cilindros hialinos pueden estar acompañados de algunos glóbulos sanguíneos (fig. 61). Estos son, con el depósito epitelial de

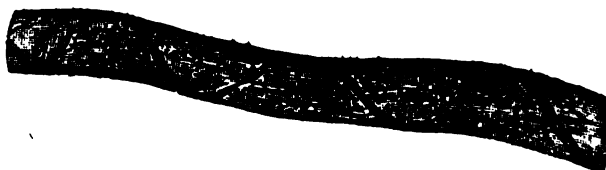


Figura 60.—Moldes de la parte derecha de los tubos uriníferos en un caso de iritacion renal. Se ve en la superficie una línea ó raya de moco en espiral.—(Beale, pl. XVII, fig. 82.)



Figura 61.—Moldes que contienen sangre.—(Beale, pl. XVIII, fig. 87.)

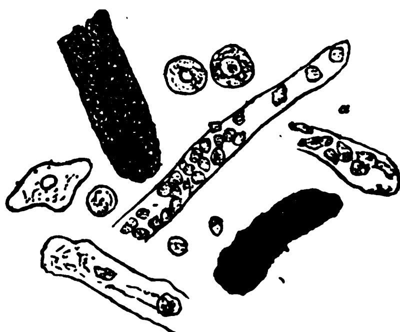


Figura 62.—Moldes, algunos provistos de epitelium. Dos son de un color muy oscuro por la presencia de urato de sosa. (Beale, pl. XVIII, fig. 85.)



Figura 63.—Moco de una orina sana. (Beale, pl. XVII, fig. 83.)

que se va á tratar, un elemento ordinario de depósito en todas las orinas albuminosas, cualesquiera que sean las condiciones morbosas en las cuales se produzca la albúmina.

2.° *Cilindros de descamacion.*—Estos consisten en un revestimiento epitelial de los *túbulos*, cuyas células están unidas simultáneamente ó aglutinadas por la exudacion fibrinosa precedentemente descrita.

La figura 62 representa estos cilindros ó moldes epiteliales *(epithelial renal casts)*, con algunas células epiteliales aisladas. Estos despojos epiteliales son poco característicos, y se encuentran en enfermedades que no se acompañan de albuminuria. Tambien se ven productos epiteliales en la orina normal (fig. 63).

3.° *Restos de grasa.*—Estos consisten en los mismos elementos de exudacion y descamacion, con células; pero estas células han sufrido la trasformacion grasienta, por la acumulacion de granulaciones

moleculares. Alguna vez no se reconocen muchas células, y solo hay una masa de granulaciones y de corpúsculos de grasa (figs. 64 y 65). Esto es el resultado de una trasformacion regresiva de las vainas epiteliales y de su contenido protéico; se encuentran en las al-

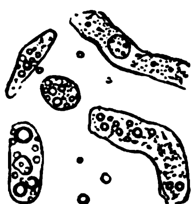


Fig. 64.—Pequeños moldes granulosos en un caso de nefritis crónica. (Beale, pl. XVIII, fig. 86.)

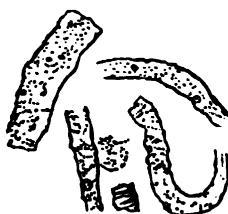


Fig. 65.—Moldes de tubos que contienen glóbulos aceitosos. (Beale, pl. XVIII, fig. 88.)

buminurias y formas un poco avanzadas de lesiones renales: son, pues, señales diagnósticas á la vez precisas y engañosas. (Gubler.)

4.° *Moldes ceruminosos.*—Estos despojos son trasparentes, amorfos, y serán, al decir de Johnson, segregados por la membrana fundamental desprovista de su epitelio, que Bennet supone, no es otra cosa que esta misma membrana, que ha sufrido ciertas trasformaciones en su constitucion química.

Ellos indican una alteracion profunda, puesto que la capa epitelial ha desaparecido ya completamente; corresponden á una albuminuria, persistente, y lo mas ordinariamente á la de la enfermedad de Bright. (Figura 66.)

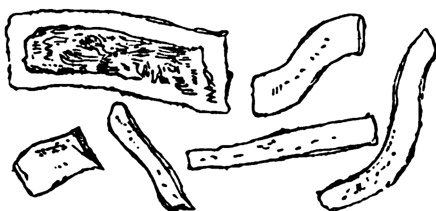


Fig. 66.—Grandes y pequeños moldes de cerúmen. (Beale, pl. XVIII, fig. 88.)

En ciertas caquexias se les encuentra llenos de materia amiloidea: Johnson ha dado al estado del riñon que ellos acusan el nombre de degeneracion *cerosa*. Alguna vez se hallan de estos moldes de muy gran calibre, por la razon de estar formados en la parte inferior de la porcion derecha de los tubos uriníferos. (Fig. 67.)

No puede haber confusion entre la *hematuria* y las orinas ligeramente sanguinolentas de la albuminuria aguda, ó al menos, si esta confusion existe desde luego, cesaria bien pronto. La presencia de una cantidad considerable de sangre con coágulos, un dolor mas ó

menos vivo en el aparato génitourinario ó en los lomos, la concomitancia de una afeccion caracterizada por cólicos renales ó por orinas quilosas, la presencia de manchas purpúreas, servirian para ha-

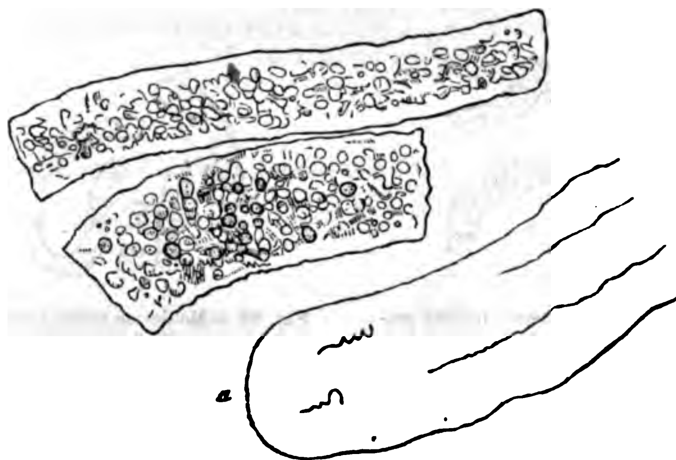


Fig. 67.—Moldes cerosos grandes y trasparentes.—*a*. Moldes que han recibido un depósito fresco en su superficie.
(Beale, pl. XVII, fig. 84.)

cer reconocer que la albuminuria hematúrica es debida á una nefritis calculosa, á una pielonefritis, á una cistitis, á la hematuria de los paises cálidos, á una púrpura hemorrágica, etc. El diagnóstico seria aun mas fácil si se tratase de una viruela hemorrágica.

La albuminuria en el curso de las *fiebres* podrá ser desconocida, pero así que en este caso se descubriera la presencia, no sería claro el diagnóstico de estas enfermedades.

No es lo mismo en las *fiebres eruptivas*; la albuminuria con fiebre y sobre todo si hay edema, puede ayudar al diagnóstico de una escarlatina desconocida.

La comprobacion de la albuminuria es muy preciosa para el diagnóstico de otras afecciones, tales como *ciertas hidropesías*, ciertos trastornos de la vista, *amaurosis*, *presbicia*, ciertas *encefalopatías*, las que deben referirse á la nefritis albuminosa.

Una orina pálida, de poco peso específico, que contenga mucha albúmina y poca urea, es el signo de una enfermedad de Bright ó nefritis albuminosa crónica.

El anasarca da frecuentemente el aviso y pone en via del descubrimiento de la albuminuria, y puede así ayudar poderosamente al diagnóstico. Ha sucedido con frecuencia que sin examinar las orinas, en los casos en que no es posible; en los niños, por ejemplo, se ha

podido diagnosticar la albuminuria, ó al menos el estado general de que la albuminuria habria debido ser el signo visible. Además la supresion de la orina puede ser absoluta, ó los enfermos pueden estar sumergidos en un estado que no permita procurarse su orina. Si existe anasarca, y con ella sobre todo se encuentra una erupcion ó una descamacion, ó que allí haya algun fenómeno nuevo, amaurosis, coma, convulsiones, ó que exista embarazo, la comprobacion del edema adquiere una excesiva importancia, y puede, de alguna manera, hacer preveer la albuminuria.

La albuminuria con anasarca hace pensar en una nefritis albuminosa simple ó complicada de enfermedades del corazon, de los pulmones, del hígado, ó de alguna caquexia.

La albuminuria con edema de las extremidades, en un sujeto anémico y débil, hace pensar en la forma crónica de la nefritis albuminosa.

La albuminuria con anasarca y fiebre en un jóven debe hacer buscar si no existe alguna fiebre eruptiva desconocida, principalmente una escarlatina.

El anasarca en los recien nacidos debe hacer averiguar si no existe albúmina en las orinas.

El edema, aun imitado, en una mujer en cinta, puede poner en via de una albuminuria (la albuminuria en las embarazadas, segun Cazeaux, existe muy raras veces sin estar acompañada de hidropesia).

Se ve, por este resúmen, cuál puede ser el valor semeyológico recíproco de la albuminuria y de las hidropesías, principalmente del anasarca.

Pronóstico.—La presencia de la albúmina en la orina es un síntoma engañoso; la gravedad pronóstica de este síntoma varía segun la abundancia de la albúmina y la persistencia de la albuminuria.

La albuminuria transitoria, accidental, puede no presentar ninguna gravedad; hay un gran número de enfermedades en que la albuminuria se presenta frecuente, si no constantemente, y en las cuales este síntoma no lleva al pronóstico ningun elemento; por ejemplo, en el cólera, durante el período de reaccion, las orinas han sido casi constantemente albuminosas, lo mismo en los sugetos que han sucumbido que en los que han curado.

Del mismo modo, en el croup, las orinas con frecuencia albuminosas, como lo han demostrado Bouchut, Empis y Germain Sée, y que mucho antes de estos, habia indicado Rayer (1), no agravan de ninguna manera el pronóstico de esta afeccion. Así, Germain Sée (2) ha comprobado que en 11 albuminurias con croup, habia encontrado 6 curaciones, mientras que en 16 difteritis sin albuminuria, 9 han

(1) Rayer, *Traité des maladies des reins*, t. II, p. 339, et 340.
(2) Germain Sée, *Bulletin de la Société médicale des hôpiteaux de Paris*, t. IV, p. 198.

terminado por la muerte. Sin embargo, Gregory y Rayer han citado hechos de albuminuria sobrevenida á consecuencia de angina membranosa ó lardácea, en los que la albuminuria, pasando al estado crónico, ha producido ulteriormente la muerte.

No seria muy racional considerar como una circunstancia engañosa la albuminuria frecuentemente pasajera de los primeros períodos de la escarlatina, albuminuria que Miller, Begbie, Patrik, etc., consideraban como constante, mientras que para Barthez y Billiet (1) este síntoma no era mas que muy frecuente.

Sin embargo, si el síntoma albuminuria no añade nada al pronóstico, es ya grave por sí mismo.

La *duracion* de la albuminuria debe sobre todo ser considerada, porque influye de una manera notable en el pronóstico.

En efecto, son de notar dos cosas: ó bien la albuminuria, apenas declarada, se acompaña de accidentes de la mas alta gravedad, como en ciertas formas (escarlatinosa, etc.), ó bien no produce sino poca accion sobre la economía. En el uno, como en el otro caso, la lesion renal está poco avanzada, y nada prueba que allí deba formarse una alteracion irremediable, que la enfermedad de Bright existe ó amenaza establecerse. Mientras que la sola duracion de la albuminuria mas allá de cuatro semanas, un mes, puede hacer temer este incierto resultado; hay mayor razon si la albuminuria dura muchos meses, ó no se presenta por primera vez.

La *abundancia* de la albúmina es un signo no menos incierto, cuyo valor, sin embargo, no es igualmente absoluto; de una manera general, no se podrá recusar esta regla que Rayer ha formulado para la nefritis albuminosa: «La abundancia de la albúmina en la orina con disminucion de la urea es un síntoma muy incierto. Sin embargo, es preciso notar que á la aproximacion de la muerte se ve con frecuencia disminuir á la vez la hidropesía y la albúmina en las orinas (2).» Frerichs ha señalado igualmente esta desaparicion del edema y la disminucion de la excrecion urinaria á la aproximacion de los ataques de eclampsia, signos á los cuales atribuye un gran valor. La disminucion del edema se convierte, por el contrario, en un signo favorable, cuando se ve al mismo tiempo aumentar la cantidad de orinas y disminuir la proporcion de albúmina que contienen.

La débil cantidad de la orina excretada, en lugar de ser un signo favorable, es al contrario un signo de mucha gravedad, sobre todo si esta disminucion aparece bruscamente; cuando hay supresion completa, el pronóstico es lo mas incierto y casi necesariamente mortal.

En el pronóstico, es necesario tener muy en cuenta la *causa de la enfermedad.*

Cuando la orina es albuminosa, despues de la desaparicion de la hidropesía, los casos son graves aunque, sin embargo, los accidentes

(1) Barthez et Rilliet, *Traité des maladies des enfans*, t. III, p. 156.
(2) Grisolle, *Pathologie interne*, 9.ª édition. Paris, 1865, t. II, p. 958.

que pueden sobrevenir no sean absolutamente próximos; mientras que por el contrario, la abundancia de albúmina con disminucion de la urea debe hacer temer accidentes próximos.

La *amaurosis* en la albuminuria no influye en nada sobre el pronóstico y nada añade á su gravedad; sin embargo, Guépin (de Nantes) ha notado que todas las veces que los dolores encefálicos acompañaban á la amaurosis, la terminacion fatal estaba próxima y casi inevitable.

El pronóstico de la forma crónica, como llevamos dicho, es mucho mas grave: se termina, en efecto, casi siempre por la muerte; sin embargo, si la hidropesía no está aun declarada ó si ha desaparecido, los enfermos pueden á veces vivir en este estado con alternativas de salud aparente y de hidropesía durante gran número de años. El signo que puede hacer esperar una feliz terminacion, es ciertamente la vuelta del peso específico de la orina hácia el estado normal, coincidiendo con la disminucion de la albúmina; desgraciadamente este caso es raro, y la curacion en la forma crónica es un hecho tan excepcional, que ha sido puesta en duda por algunos autores.

Considerada en sus relaciones con un cierto número de enfermedades, la albuminuria hace mas grave el pronóstico.

En la *escarlatina* en su período de declinacion, la albuminuria es un síntoma grave que acompaña el anasarca escarlatinoso, y comparte con él la gravedad del pronóstico, variable por lo demás segun las diversas epidemias.

Sin embargo, el pronóstico de la nefritis albuminosa simple aguda, á consecuencia de la escarlatina y con hidropesía, dice Rayer, es ordinariamente bastante benigno.

El pronóstico de estos casos ha sido estudiado estadísticamente de una manera especial por Tripe; este médico ha encontrado que, sobre todo hácia los catorce dias, aparecia el anasarca con mas frecuencia, y despues de los veintiun dias la aparicion del anasarca era talmente rara, que estos hechos no constituian mas que una excepcion casi sin valor.

En cuanto á los anasarcas escarlatinosos con albuminuria terminados por la muerte, ha comprobado que un tercio se terminaba en la primera semana, mas de la mitad en el curso de la primera quincena, y que apenas algunos casos habian pasado de la sexta semana.

La albuminuria con anasarca que sobreviene despues del *sarampion*, mas rara que en la escarlatina, no es menos grave; los dos enfermos observados por Barthez y Rilliet (1) han muerto los dos. Perret ha citado (2) un caso observado en la clínica de Becquerel y terminado por la curacion.

Mas rara aun á consecuencia ó durante el curso de la *viruela*, la albuminuria con anasarca es un poco menos grave; podemos decir lo

(1) Barthez et Rilliet, *Traité des maladies des enfants*, t. II, p. 285.
(2) Perret, *Société médicale d'observation*.

mismo de la que sucede á la *erisipela*; al contrario, la erisipela que sobreviene en el curso de la albuminuria, señalada por Rayer, Gregory, Christison, es lo mas frecuentemente mortal. La gravedad de la albuminuria que sobreviene despues de las *quemaduras* depende de la extension misma de la quemadura.

En las *enfermedades crónicas*, la albuminuria influye de una manera incierta sobre el pronóstico.

Aquí hay un círculo morboso en el cual se ve que dos hechos patológicos se agravan recíprocamente por su influencia el uno sobre el otro. Así la *tísis pulmonar*, las *enfermedades del corazon* (Barth, Rayer, Grisolle), las enfermedades constitucionales, sífilis, escrófula, cáncer (Grisolle), las *caquexias* adquiridas de cualquier orígen, escitan el síntoma albuminuria y disponen la economía á entretener el estado morboso del riñon; mientras que por otro lado las pérdidas que experimenta el organismo, la adicion de un nuevo foco morboso y de nuevos padecimientos, aceleran la desorganizacion de los enfermos y aseguran el fin. La terminacion fatal viene ordinariamente por el tránsito de la albuminuria á la nefritis albuminosa crónica, á la albuminuria brightica.

Largas supuraciones pueden producir este resultado: el hecho ha sido notado tres veces por Bernutz en los casos de hematoceles retrouterinos en supuracion.

En ciertas enfermedades nerviosas, en las que afectan la forma paralítica, Sandras señala la albuminuria (1) como un signo incierto; así, en un hecho de parálisis general progresiva, la albuminuria que sobrevino á los diez y seis meses ha producido la muerte en poco tiempo.

En la *diabetes*, Thenard y Dupuytren no habian hallado la albúmina en la orina de los diabéticos sino cuando la enfermedad retrograda. Rayer cita una observacion en apoyo de esta opinion, que no considera como verdadera sino en algunos casos. Por otro lado, Prout no extrajo albúmina de la orina, sino en la forma mas grave de la diabetes; y Bouchardat no reconoció en esta coincidencia mas que una complicacion, y una complicacion siempre mala, opinion que Grisolle considera como perfectamente exacta (2).

La albuminuria ejerce una influencia considerable sobre el embarazo y sobre su curso; Rayer y Braun han comprobado, los primeros, que la albuminuria de la preñez, aun con signos de nefritis, se cura generalmente algun tiempo despues del parto. Leudet (3) é Imbert-Gourbeyre (4) han demostrado que esta regla sufre desgraciadamente dos excepciones: este último autor habia visto pasar cinco veces la

(1) Sandras, *Gazette des hôpitaux*, 1855.
(2) Grisolle, *Pathologie interne*, 9.ª édit. Paris, 1865, t. II, p. 938.
(3) Leudet, *Gazette hebdomadaire*, 1854.
(4) Imbert-Gourbeyre, *De l'albuminurie puerpérale et de ses rapports avec l'éclampsie* (*Mémoires de l'Académie impériale de médecine*. Paris, 1856, t. XX).

albuminuria á la enfermedad de Bright en 65 mujeres que habian presentado la albuminuria (sin eclampsia) durante la preñez.

Pero el pronóstico es enteramente incierto, si consideramos la influencia funesta de la albuminuria sobre el curso de la preñez, aborto, parto, sea de término, sea prematuro, y en fin, sobre la vida del feto. El aborto, el parto prematuro, la muerte del feto son las consecuencias posibles (Rayer, Martin Solon, Cahen, Lever, Devilliers y Regnauld, Depaul y Blot); los dos primeros de estos desenlaces se presentarian en el cuarto caso, segun Braun.

Segun la estadística de Imbert-Gourbeyre, de 159 mujeres albuminúricas, 94 han tenido ataques de eclampsia. La frecuencia de casos de eclampsia terminados por la muerte, seria la mitad segun madame Lachapelle (1) y Prestat, y un tercio, poco mas ó menos, segun Cazeaux y Braun. Desgraciadamente es imposible determinar exactamente cuáles son los signos de este término fatal. La abundancia de albúmina no estará desprovista de todo valor á este respecto, segun Blot.

Frerichs considera la desaparicion del edema, que á veces precede á los ataques de eclampsia, como un síntoma malo y una predisposicion probable á la uremia.

Sin embargo, hay signos pronósticos favorables. Es fácil comprobar que, por el hecho del crecimiento de los obstáculos mecánicos, la albúmina de la orina aumenta á veces durante el parto, y que se halla entonces una gran cantidad de restos de exudacion; pero, durante los dias de cama de la parida, la albuminuria disminuye cada dia, y frecuentemente con una rapidez tal, que al cabo de dos ó tres dias no es posible encontrar señales de ella. Cuando el estado de la parida va mejorando, no se encuentra generalmente albúmina en la orina mas allá de seis á diez dias despues del parto. Cuando la albuminuria persiste muchas semanas aun despues del parto, hay mezcla de pus producido por un catarro agudo de la vejiga, ó una destruccion muy avanzada del tejido renal, ó en fin, la enfermedad de Bright que pasó al estado crónico.

Pero aun en los casos desfavorables, la curacion, á pesar de la prolongacion de la enfermedad, se efectúa mas frecuentemente que en los casos de enfermedad de Bright, que reconocen por orígen alguna otra causa que la preñez.

Por malo que sea el pronóstico de la eclampsia para la madre, aun lo es mas para el niño; Braun dice que cuando la madre muere de síntomas urémicos durante la preñez, es casi siempre un niño muerto el que se extrae por la operacion cesárea; cuando el niño sale vivo, muere algunos dias despues. La mayor parte de los niños nacidos de mujeres que tienen ataques de eclampsia no viven.

(1) Mme. Lachapelle, *Pratique des accouchements.*

Para Braun, la frecuencia de la muerte del feto se explica por el paso del carbonato de amoniaco á su sangre.

§ VII.—Tratamiento.

Las indicaciones terapéuticas resultan de la consideracion de las causas de la albuminuria y del carácter que ella imprime al pronóstico. La albuminuria ¿es sintomática de una enfermedad aguda febril, tal como la fiebre tifoidea?, es como si no existiera para el práctico, seria pueril é ilusorio atacarla. ¿Es protopática, al contrario, ó siendo denteropática, amenaza sobrevivir á la enfermedad principal? Entonces debe preocupar al médico.

Si la causa es próxima, inmediata, conviene combatirla directamente con nuestros medios terapéuticos. Tal es el caso, por ejemplo, de una albuminuria, que existiera bajo la influencia del régimen. (Bence Jones, Luton de Reims.)

Luton (1) responde á esta indicacion en los términos siguientes: «Puesto que la alimentacion tiene una influencia tan marcada sobre la produccion de la albuminuria, hasta el punto de que pueda entretenerla, exagerarla y producir pronto ó tarde lesiones renales incurables, se deberá vigilar esta alimentacion con el mayor cuidado: siempre que el estado del enfermo lo permita, principalmente en los casos de albuminuria aguda y esencial, el régimen vejetal deberá dominar sobre el régimen animal.» Gubler opina que será bien evitar los alimentos en que entra la albúmina propiamente dicha. Reducida á estas proporciones, la indicacion nada tiene que no pueda ser aprobada.

Habiéndonos enseñado la experiencia en qué condiciones se produce, se enjendra la albuminuria, principalmente en el curso de ciertos estados morbosos, todos nuestros cuidados deberán emplearse en evitar el encuentro de estas condiciones. Tal es la accion del frio sobre la piel en el período de descamacion de la escarlatina. La profilaxia tiene entonces que desempeñar un papel considerable. Si la albuminuria existe ya, es necesario por una razon mas fuerte aplicarse á impedir por las precauciones tomadas que este estado transitorio no se agrave, no se complique de accidentes con frecuencia funestos, y en fin, que no persista de manera que se haga crónica.

Para la albuminuria debida á la preñez, algunos autores han propuesto y aun provocado el aborto. Á nosotros nos parece que esta forma tiene bastantes trazas de acabar con el tiempo de la gestacion, por lo cual se duda mucho recurrir á este medio extremo, que además no asegura completamente la cesacion de los accidentes, puesto

(1) Luton, *Études sur l'albuminurie, considérations de physiologie pathologique fondées sur l'observation clinique* (*Mémoires de la Société de biologie*, 2.ª série, t. IV, année 1857, Paris, 1858, p. 53).

que el parto natural él mismo no lleva consigo constantemente la curacion.

El tratamiento de los fenómenos de eclampsia albuminúrica de la preñez, segun la práctica moderna, consiste en el empleo del cloroformo. Simpson ha inaugurado el empleo de este nuevo medio, y ha obtenido grandes ventajas. Braun (de Vienne) dice que los resultados del narcotismo obtenido por el cloroformo excede toda esperanza. Segun este comadron, no se podria recomendar en demasía el narcotismo por el cloroformo, cuando comienzan á mostrarse las señales de un paroxismo. Si el ataque tiene lugar durante el trabajo, el cloroformo tiene aun entonces una accion particularmente favorable á la vida del niño, en cuanto favorece la rapidez del parto.

Muchos comadrones muy distinguidos de Paris, emplean el cloroformo en las circunstancias que acabamos de indicar.

Segun que las teorías sobre la albuminuria han variado, las indicaciones han sido diferentes. Así, al principio de los descubrimientos de Bright, y mas tarde, cuando la albuminuria era considerada como un resultado de la inflamacion, las *sangrías* han sido muy recomendadas. Pueden, en efecto, ser útiles en algunos casos particulares, cuando se nota la hiperemia, y cuando se hacen con moderacion.

La teoría que quiere que, cesando la piel de funcionar, tenga lugar la albuminuria, concluye por aconsejar los baños de vapor, cuyo empleo exige las mayores precauciones.

Los diuréticos se han empleado con preferencia á todos los otros medios: sin embargo, al principio, aparte la digital, pueden irritar el riñon y están contraindicados.

La *digital* se administra á la dósis de 5 á 10 centígramos en píldoras, tres veces al dia, ó bien de la manera siguiente:

R. Agua destilada de canela ó de casia......... 1 cucharada de té.	Tintura de digital. 10, 15 ó 20 gotas.

Para tomar tres veces al dia.

El *cremor de tártaro* se prescribe como sigue:

R Agua..........................	Cremor de tártaro...... 6 á 8 gramos.

Para tomar en una vez, tres veces al dia.

Unos adoptan los *purgantes salinos* y desechan los *drásticos;* otros tienen las preferencias inversas. Los *revulsivos cutáneos*, á condicion de evitar los vejigatorios de cantáridas, han prestado servicios. Los *ácidos minerales* (Rayer y Forget), al parecer de Gubler, han debido su éxito á su accion atemperante, mas ó menos apropósito para disminuir la hiperemia del riñon. Los *astringentes* se emplean á un cierto grado: el *tanino*, el alumbre, el ácido gállico, este último a

la dósis de 50 centígramos á 1 y 2 gramos en las veinticuatro horas durante cinco ó seis dias consecutivos.

Cuando la albuminuria está ligada á un defecto de cumplimiento de la funcion respiratoria, se aconsejará el cloruro de sodio, equivalente de difusion de la albúmina (Schmidt) y que parece poder disminuir la cantidad de este principio en la sangre (Vogel, Plouviez); por consiguiente, la habitacion á orillas del mar, el uso de las aguas cloruradas sódicas ó bicarbonatadas sódicas, Balaruc, Hambourg, Niederbrom, Salins, Bourbonne, ó bien Carlsbad, Ems, Vichy, (1) (Verin, Mondariz, en Galicia) serán medios de que se pueden esperar resultados ventajosos.

Gubler emplea, en lugar de los diuréticos, el bromuro de potasio. Dósis: 50 centígramos hasta 1 y 2 gramos por dia.

La idea de hacer pasar por los riñones una sustancia que al paso pudiera modificar el estado morboso de este órgano, ha debido ocurrirse inmediatamente á los médicos. Solamente, sí es verdad, que en ciertas formas de albuminuria con anasarca, este medio ha tenido buenos resultados; que en particular, en la forma crónica, las cantáridas han sido empleadas con éxito, no es menos cierto que este órden de medicamentos debe manejarse con una prudencia, cuya necesidad se comprenderá, si se reflexiona en la naturaleza de las lesiones renales y en el mecanismo de la albuminuria, tales como hemos expuesto.

En esta clase tan numerosa de albuminurias que se establecen lenta y silenciosamente, sin manifestaciones agudas de parte de los riñones, albuminurias que reconocen con la mayor frecuencia por condicion orgánica una congestion pasiva de los órganos secretores, y cuyo tipo es la albuminuria de las enfermedades del corazon, las indicaciones son diferentes. La paresia mas ó menos pronunciada del órgano central de la circulacion, los trastornos simultáneos de la circulacion periférica, dominan todos los fenómenos; de ahí dos indicaciones: mantener en su máximun la energía funcional del corazon; excitar la contractilidad de los vasos arteriales. Para llenar la primera de estas indicaciones se dirigirá á la nutricion general, y se someterá el enfermo á un régimen animalizado y tónico, en el cual el vino entrará por una parte mas ó menos grande, segun los casos; para atender á la segunda indicacion, se recurrirá á las sustancias que tienen una accion directa sobre la contractilidad de los vasos; la experiencia y la experimentacion han enseñado que es necesario colocar en primera línea el tanino, el percloruro de hierro y el acetato de plomo (Vogel, Lewald, Mosler). El ácido fosfórico y el ácido sulfúrico han sido preconizados en las mismas circunstancias, y aunque el ácido nítrico no haya realizado todas las esperanzas concebidas, sin embargo ha dado algunos resultados (Moritz); asociando

(1) Voy. Durand-Fardel, Le Bret, Lefort, *Dictionnaire des eaux minérales*. Paris, 1860.

el percloruro de hierro al centeno de cornezuelo, Socquet y Hugues han obtenido igualmente curaciones definitivas. A la misma medicacion pertenece un agente aun no ensayado en Francia, que ha producido en las manos de Korner los mas felices resultados; á saber, el tricloruro de metilo ($C^4 Cl^4 S^4 O^4$), el cual tiene, al parecer, una accion poderosa sobre la contractilidad del corazon y de las arterias (Korner, Bernatzik).

Cuando, á falta de toda otra causa apreciable, la albuminuria parece estar bajo la dependencia de una modificacion molecular de los principios albuminosos de la sangre, se recordará que ésta alteracion tiene con la mayor frecuencia su causa en una perversion de las funciones digestivas, y notablemente del estómago; en este caso la indicacion principal se tomará de la dispepsia, y el tratamiento de Gamberini, basado sobre el empleo simultáneo del tanino y de la nuez vómica, puede prestar verdaderos servicios: Jaccoud, en circunstancias análogas, lo ha empleado con buen éxito.

En algunos casos, en fin, la albuminuria, apareciendo en individuos atacados de una enfermedad constitucional, puede con razon considerarse como una de las expresiones sintomáticas de la enfermedad general; se la observa sobre todo en la escrófula y en el empeine; si entonces el estudio semeyótico del fenómeno demuestra que el riñon no es aun asiento de alteraciones incurables, no hay lugar de dirigir contra la albuminuria otro tratamiento que el que está indicado por la enfermedad constitucional, y la curacion viene frecuentemente á demostrar la justicia de esta interpretacion. Así deben comprenderse los resultados que se han obtenido en semejante caso por medio de las preparaciones sulfurosas, iodadas y arsenicales (Jaccoud).

ARTICULO VI.

ENFERMEDAD DE BRIGHT.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se ha podido prever, en las manifestaciones que preceden relativas á la albuminuria en general, que hay un cierto número de casos en los cuales este fenómeno, persistiendo con una intensidad notable y acompañándose habitualmente de un cortejo de algunos otros accidentes graves, trae una desorganizacion profunda de los órganos uropoyéticos y ataque sério á toda la economía. La exploracion cadavérica revela siempre desórdenes completos en el parénquima del riñon, desórdenes que no son siempre los mismos, pero que los autores han podido, sin embargo, considerar como grados mas ó menos avanzados de un mismo trabajo morboso. Este es el conjunto de casos, ya sean primitivos ó deuteropáticos, que estudia-

remos bajo el nombre de *enfermedad de Bright*, sin preocuparnos mucho de si este conjunto es perfectamente homogéneo, lo cual apenas importa para la práctica, ni de si responde exactamente al sentido que el mismo Bright ha podido tener la intencion de dar á la designacion de la especie morbosa que ha introducido.

Se designan tambien estos accidentes, por oposicion á la albuminuria pasajera, bajo el nombre de *enfermedad de Bright crónica* (Roberts). En Francia, Rayer los ha descrito bajo el título de *nefritis albuminosa;* Johnson habia empleado el término de *nefritis descamativa;* Reinhardt, el de *nefritis parenquimatosa.* Cornil adopta la expresion de *nefritis albuminosa persistente.* Si el uso general no nos hubiera hecho conservar el término de enfermedad de Bright, hubiéramos voluntariamente aceptado el título empleado por Cornil, pareciéndonos que responde mejor á la idea de un conjunto morboso, de una homogeneidad dudosa, y en el cual los tres solos caractéres constantes son la naturaleza inflamatoria del proceso patológico, el síntoma albuminuria y la permanencia de estos dos hechos.

La enfermedad de Bright, al estado primitivo, no es muy frecuente; pero su cuadro se alarga cuando en él se hacen entrar los casos consecutivos á otras enfermedades en las cuales hemos visto aparecer la albuminuria como epifenómeno y hacerse persistente. Segun Roberts, comprenderia casi una centésima de la cifra de la mortalidad general: es mas frecuente en los hombres que en las mujeres.

§ II.—Causas.

No volveremos sobre las condiciones generales de produccion de la albuminuria cuya patogenia se liga tan extrechamente á la de la enfermedad de Bright.

Bajo el punto de vista de la enfermedad de Bright primitiva, señalaremos solamente la importancia etiológica del *frio*, que obra sobre todo trastornando las funciones de la piel; el abuso de los *licores alcohólicos*, al cual Christison atribuia los tres cuatro ó los cuatro quintos de casos observados en Edimbourg, y los estados morbosos constitucionales, en los cuales ya no se desarrolla de una manera primitiva.

Segun Roberts, la variedad ó el grado que permite anatómicamente el riñon liso, blanco y aumentado de volúmen *(Kidney smooth, white and enlarged;* nefritis albuminosa *simple*, de Cornil), será con la mayor frecuencia consecutiva á las enfermedades agudas y á la preñez: la forma con el riñon rojo, granuloso *(Granular red Kidney;* nefritis albuminosa con alteracion grasienta de los vasos y granulaciones, de Cornil), comprenderá la gran mayoría de casos en los cuales la enfermedad es crónica desde el principio, y sigue insidiosamente. En fin, la forma en que la lesion anatómica es el

riñon ceroso (*Lardaceous or waxy Kidney*, nefritis albuminosa con alteracion amiloidea de los vasos, de Cornil) será mas particularmente consecutiva á las enfermedades crónicas y caquexias. No podemos decir hasta qué punto esta correspondencia etiológica es constante para las dos primeras formas; la relacion es generalmente admitida por lo que concierne al riñon ceroso ó lardáceo (Johnson, Cornil).

§ III.—Síntomas.

La enfermedad de Bright es el resultado de la trasformacion de una albuminuria temporal en albuminuria persistente, ó bien principia de corrida. No tenemos necesidad de ocuparnos mas que del segundo caso.

Generalmente, cuando la *invasion* es *lenta*, insidiosa, y se puede decir que existe casi siempre desde muchos meses, aun de muchos años, cuando se la reconoce. El enfermo se apercibe de la disminucion progresiva de sus fuerzas por el disgusto del ejercicio; un poco mas tarde, su inquietud se despierta por un poco de *hinchazon de los párpados*, un ligero *edema* de los maléolos al acostarse, una cierta dificultad de respirar.

Otras veces, estos síntomas precursores faltan enteramente: los fenómenos estallan *de repente* en medio de la mas perfecta salud ó despues de algunos ligeros síntomas de embarazo gástrico, y se anuncian por convulsiones seguidas de coma ó de resolucion incompleta por trastornos de la vista, y alguna vez un edema pulmonar ó los síntomas de una inflamacion aguda. J. Arnould ha observado con L. Colin (1), en Val-de-Gráce, un ejemplo notable de este modo de invasion: en vista de los primeros accidentes, se habia pensado en una epilepsia sintomática ó en un envenenamiento. O bien esta invasion tiene lugar en el curso de una enfermedad crónica, tísis pulmonal, sífilis, etc.

Mas rara vez, la enfermedad se presenta en estado latente y se revela de una manera brusca, con ocasion de un enfriamiento, de un estravío de régimen, por orinas sanguinolentas con anasarca rápido.

El síntoma esencial es la *orina albuminosa* conteniendo epitelium renal y *moldes de los túbulos*; accesoriamente la piel está seca, la miccion frecuente, sobre todo por la noche; aparecen derrames serosos en el tejido celular subcutáneo, en diversas cavidades ó infiltraciones pulmonares. Sobrevienen *trastornos digestivos*, vómitos, diarrea; los síntomas llamados *urémicos* se manifiestan mas ó menos violentamente; hay trastornos de la vision. Mas tarde se revelan signos de hipertrofia del corazon izquierdo, y en fin, inflamaciones parenquimatosas secundarias.

(1) J. Collin, *Études cliniques de médecine militaire*, Paris, 1864, p. 249, et *Gazette hebdomadaire*, 20 Noviembre 1863.

No volveremos á hablar sobre las relaciones de la albuminuria con otras enfermedades: nos contentaremos con señalar, en lo que respecta á la enfermedad de Bright, la inversion frecuente de estas relaciones tales como las hemos estudiado. Así, la tísis pulmonal, que precede de ordinario á la albuminuria brightica, es frecuentemente tambien á consecuencia: diversas inflamaciones secundarias, presentándose principalmente en el pulmon, son igualmente una complicacion á la cual se puede atender. La hipertrofia del ventrículo izquierdo se produce, por decirlo así, mecánicamente, por el hecho de las alteraciones vasculares del riñon que determinan una presion mas fuerte de la sangre en la aorta: Traube (1) ha considerado esta hipertrofia como un buen signo diagnóstico de la atrofia del riñon.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

No nos detendremos mas que en las formas propias de la albuminuria persistente.

Bright se ha fijado en tres formas ó grados: 1.° El riñon está reblandecido, pintado de amarillo por fuera, la capa cortical está grisácea al corte. 2.° La sustancia cortical está trasformada en un *tejido granuloso*, visible desde luego en el espesor del riñon, mas tarde en la superficie misma; el riñon está aumentado de volúmen. 3.° En la tercera forma el riñon está duro y escabroso al cortarle; en la superficie tiene gruesos granos; el tejido renal está duro, todo el órgano parece retraido.

Hemos indicado antes la clasificacion anatómica de Rayer. Nos ha parecido que las bases establecidas por estos maestros se completarian ventajosamente por un resúmen de los descubrimientos modernos cuya expresion se encuentra en el trabajo ya citado de Cornil, el cual está de acuerdo además con el estado de la ciencia en Alemania y en Inglaterra sobre este punto especial.

A la albuminuria persistente corresponden tres variedades de lesiones, á saber:

1.° La nefritis albuminosa simple;

2.° La nefritis albuminosa con alteracion grasienta de los vasos;

3.° La nefritis albuminosa con la alteracion de los vasos llamada amiloidea.

Estas dos últimas formas pueden presentar granulaciones.

Primera forma.—**Nefritis albuminosa simple.**—En el primer grado hay *congestion* y *exudacion* de materia protéica; los vasos están distendidos; los túbulos ensortijados gris y un poco opacos; contienen células epiteliales granulosas, y en el centro de estas cilindros hialinos. Es necesario que estos sean numerosos para tener importancia bajo el punto de vista de la lesion. En el segundo grado hay *tras-*

(1) Traube, *Ueber Zusammenhang zwischen Herz und Nierenkrankheiten*. Berlin, 1856.

formacion grasienta de la exudacion intra y extra-celular; pero esta trasformacion no es general desde luego, y esta tendencia del riñon á afectarse parcialmente es la que le dispone á presentar las granulaciones. La superficie del riñon está lisa, amarillenta; la sustancia cortical amarillenta al corte; la mucosa de los cálices y de las pélvis engrosada, anémica. Los túbulos ensortijados están opacos, mientras que los glomérulos de Malpigio son claros y no alterados. Se encuentran moldes epiteliales é hialinos, invadidos por la degeneracion grasienta. Este estado tiene una grande analogía con el de los riñones en el envenenamiento por el fósforo, aunque en este envenenamiento no haya albuminuria.

Segunda forma.—**Nefritis albuminosa con alteracion grasienta de las paredes de los vasos.**—Este es el cuarto grado de Rayer. La lesion se presenta en las arteriolas, el ramillete vascular de los glomérulos y los capilares es el ateroma generalizado. Las paredes de los capilares presentan núcleos y granulaciones grasientas. La proliferacion que se verifica en estas paredes conduce á la obliteracion del calibre de estos pequeños vasos; se ven alguna vez, á ojo desnudo, los vasos que se diseñan en un corte de riñon en líneas rectas, blancas ó amarillas. La sustancia medular está congestionada. Se comprende la modificacion que sufre en este caso, la trasudacion del suero á través de los glomérulos, el aumento de albúmina filtrada y la disminucion de la cantidad de orinas.

En esta forma se pueden ver las *granulaciones* del segundo grado de Bright. Las unas son opacas, otras trasparentes; la superficie del riñon es desigual, áspera; la cápsula un poco adherente. El islote que forma la granulacion comprende los tubos uriníferos y los glomérulos; tienen de medio á un milímetro de diámetro: en su circunferencia ó contorno, los vasos están dilatados y los tubos uriníferos atrofiados. En un período avanzado de esta forma el riñon mismo se atrofia.

Tercera forma.—**Nefritis albuminosa con alteracion llamada amiloidea de los vasos** (*alteracion lardácea ó cerosa*).—Descrita en 1842 por Rokitansky (1), bajo el nombre de *riñon lardáceo*, esta afeccion fué considerada por Meckel (2) como debida á depósitos de colesterina, á causa de la coloracion que tomaba el riñon con el iodo y el ácido sulfúrico. Virchow (3) demostró que la coloracion era rojo-morena con el iodo solo, y violeta ó azul por la adicion de ácido sulfúrico; en consecuencia, comparó esta degeneracion con el almidon vegetal, y le dió el nombre de *amiloidea*. En el hecho esta materia nada tiene de comun con la celulosa, y no es otra cosa que una sustancia al-

(1) Rokitansky, *Lehrbuch der patholog. Anat.*, t. II, 1842, p. 429.
(2) Meckel, *Annalen des Charite-Krankenhauses*, 1853.
(3) Vichow, *Archiv für pathol. Anatom.*, t. VI et VIII.

buminoidea, como lo han demostrado Kekule (1) y C. Schmidt (2).

Esta degeneracion está constantemente ligada á lesiones de las células y del contenido de los *túbulos* que hemos estudiado hasta el presente. Es una nefritis parenquimatosa con una lesion de los vasos bien distinta de la alteracion ateromatosa. Esta alteracion principia por los glomérulos de Malpigio, que son mas gruesos, mas refringentes que en el estado normal; mas tarde, los vasos de los glomérulos y los capilares son invadidos, y su calibre se reduce hasta el punto de hacerse impermeables á las mas finas inyecciones. Se vuelven trasparentes y refringentes; sus contornos apenas son visibles; todos están como hinchados por una materia finamente granulosa. Tratándolos por una solucion diluida de iodo, los vasos se coloran en moreno, y se los reconoce sobre un corte del riñon, tan bien como despues de una inyeccion bien hecha; los ramilletes vasculares de los glomérulos se hacen igualmente visibles. Añadiendo una gota de ácido sulfúrico, el color se hace subido, ó bien toma tintas cambiantes, verde subido, índigo, violeta, rojo. Las paredes propias de los tubos uriníferos y su epitelium, rara vez están infiltradas de esta sustancia.

Esta enfermedad del riñon se acompaña casi siempre de una degeneracion semejante del bazo, del hígado y de los gánglios linfáticos. Es, por decirlo así, propias de las albuminurias á consecuencia de largas supuraciones, de tísis pulmonar, de escrófula ó de sífilis terciaria.

Los riñones son unas veces *voluminosos*, y su superficie es lisa, amarillenta; otras veces están atrofiados, y su superficie es mamelonada y granulosa. Las granulaciones se parecen entonces á la cera vírgen, al tocino. Los glomérulos son visibles bajo la forma de pequeños granos salientes, trasparentes y refringentes. El volúmen del riñon está determinado, en todos los casos, por las variaciones de volúmen de los túbulos, los cuales están siempre, en las nefritis albuminosas, distendidos antes de atrofiarse. Cuando esta alteracion está avanzada, la cantidad de orina excretada es muy corta, mientras que al principio está aumentada, como lo ha hecho notar Grainger-Stewart (3).

Lesiones que pueden acompañar la nefritis albuminosa.—Mencionaremos la *nefritis intersticial* (Beckmann, Todd), atrofia del riñon con condensacion de su tejido y granulaciones en su superficie; los *quistes* en la superficie y en el interior de la sustancia cortical el *ateroma* de las arterias del riñon, la incrustacion calcárea de los glomérulos de Malpigio, las *obliteraciones arteriales* y *venosas*, los depó-

(1) Kekule, *Verhandlungen der naturhistorisch-med. Vereins zu Heidelberg*, 1855, t. V, p. 144.
(2) Carl Schmidt, *Annalen der Chemie und Pharmacie*, t. LX, 1859.
(3) Grainger-Stewart, *Edinb. med. Journal*, Febrero, 1861, y Agosto, 1864.

sitos de ácido úrico y de uratos en la sustancia tubular, y cortical; los abscesos, las granulaciones tuberculosas y cancerosas.

Añadamos la indicacion de lesiones de otras vísceras, de que se ha tratado en el artículo precedente y sobre las cuales no debemos volver á ocuparnos. Señalaremos solamente la extrema frecuencia de la hipertrofia del corazon y de la lesion simultánea del hígado, del bazo y del riñon en la enfermedad de Bright.

Completaremos estos datos reproduciendo el cuadro siguiente, de Roberts, que resume 406 autopsias tomadas de varios autores (Bright, Christison, Gregory, Martin Solon, Rayer, Becquerel, Malmsten, Frerichs, Rosenstein).

COMPLICACIONES VISCERALES DE LA ENFERMEDAD DE BRIGHT.

CORAZON.	PULMONES.	PLEURA.	PERICARDIO.	PERITONEO.	HÍGADO.	BAZO.	ESTÓMAGO É INTESTINOS.	CEREBRO.
Hipertrofia, 125 veces. Con lesiones valvulares, 55 veces. Sin lesiones valvulares, 54 veces.	Edema pulmonar, 115 veces. Pneumonía, 52 veces. Apoplegía pulmonar, 8 veces. Gangrena, 4 veces. Tubérculo, 37 veces. Enfisema vexicular, 33 veces.	Pleuresía, 57 veces.	Pericarditis, 30 veces.	Peritonitis, 46 veces.	Cirrosis, 41 veces. Hígado grasiento, 38 veces.	Esplenitis crónica, 58 veces. Esplenitis aguda 17 veces.	Gastritis catarral, 36 veces. Catarro intestinal con ulceracion de los folículos, 85 veces. Tubérculos intestinales, 13 veces.	Hemorragia, 14 veces. Sufusion serosa subaracnoidea, 59 veces.

Cáncer del hígado, 1; cáncer del píloro, 4; úlceras intestinales, 2; meningitis, 2; tuberculos de las meninges, 1; tumor del cerebro, 11; abscesos del pulmon, 3; hígado nuez-moscada, 11; hígado lardáceo, 3; atrofia del bazo, 9; falsas membranas del intestino, 3; reblandecimiento del cerebro, 1; aracnitis crónica, 6; meningitis en supuracion, 1.

§ V.—Curso, duracion y terminacion.

Despues de lo que se ha dicho en la sintomatología se pueden distinguir, con relacion al curso, dos formas de enfermedad de Bright (nefritis albuminosa persistente), la una *aguda*, la otra *crónica*. La primera forma sigue su curso casi contínuo, ó con cortos intervalos de calma, para llegar prontamente á un desenlace fatal. En la otra, las alteraciones de la orina, la infiltracion serosa y aun los síntomas

generales podian experimentar modificaciones muy considerables en el curso de la afeccion, lo que constituye una especie de remitencia muy irregular que se debe conocer.

Mucho mas importa estudiar el curso de la enfermedad de Bright de *forma crónica*, que ordinariamente es muy lento. Casi nunca es llamado el médico para observarle en los primeros tiempos.

Los síntomas aparentes, es decir, el edema y los derrames serosos, pueden desaparecer y mejorarse el estado general hasta el punto que el enfermo se crea curado; pero al cabo de mas ó menos tiempo se ven reproducirse los mismos accidentes, y estas alternativas pueden manifestarse varias veces. Es necesario conocer este curso de la enfermedad para no dejarse alucinar por curaciones aparentes, seguidas de *recaidas* cuyos síntomas son ordinariamente mas graves. El exámen de la orina, dando á conocer la presencia de la albúmina, muestra al médico que la enfermedad persiste, porque los síntomas que tienen su asiento en las vias urinarias no desaparecen como las diversas hidropesías, ó á lo menos existen todavía, en los casos de que se trata, algunos caractéres por los que la orina se diferencia del estado normal. Como se ve, estas recaidas solo son aparentes, porque para el médico observador no ha dejado de existir la enfermedad. Mas adelante diremos alguna cosa de las recidivas.

La *duracion* de la nefritis albuminosa crónica puede variar de muchos meses á muchos años. (Rayer.) Para establecer bien la duracion de una enfermedad, es preciso poder fijar la invasion de una manera precisa, lo que muy á menudo es imposible hacer en la enfermedad de Bright. Se ha visto á esta afeccion durar hasta diez años. (Roberts.)

No siempre es fatal la terminacion en la *forma crónica*; pero los casos de curacion son muy raros. En las observaciones de nefritis albuminosa crónica no complicada, referidas por Rayer, solo se encuentran tres curaciones en ocho enfermos; pero los casos de esta especie son los mas favorables, y si se examinan los demás, se ve que la muerte ha sido casi constante en ellos.

Muchas veces ha sucedido que despues de haber observado una completa curacion, y habiendo desaparecido la alteracion de la orina y la hidropesía, se ha visto que la enfermedad se reproduce con nueva intensidad; estas son verdaderas *recidivas*. Los sugetos atacados una vez de esta afeccion, á no ser que sea despues de la escarlatina, parece están todavía predispuestos á contraerla: así, pues, se los ve *recaer*, para servirme de una expresion usada, desde el momento en que se exponen de nuevo á la accion de las causas que han determinado el primer ataque de su mal.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—El diagnóstico *directo* se apoya en el exámen de las

orinas y en la consideracion de las circunstancias relativas á las diversas hidropesías, cuyos detalles han sido suficientemente desenvueltos en el artículo anterior.

Se distinguirá la enfermedad de Bright de la albuminuria temporal en general en que esta es consecutiva á una enfermedad febril ó inflamatoria, y rara vez va acompañada de hidropesía, no manifestando las orinas sino pequeñas cantidades de albúmina, y persistiendo ó disminuyendo muy poco la cantidad normal de urea.

La verdadera dificultad del diagnóstico consiste en distinguir los casos curables de los que no tienen remedio, el precisar el grado de alteracion anatómica, y el reconocer la enfermedad cuando está oculta por manifestaciones inflamatorias ó por accidentes cerebrales, (uremia).

El límite dé la nefritis albuminosa simple temporal, es muy difícil de marcar. Rara vez se tendrá necesidad al principio, cuando la albuminuria se presenta en el curso de una enfermedad crónica ó empieza insidiosamente. Cuando la invasion ha sido aguda, el tiempo que se pasa despues de la desaparicion de los síntomas febriles, sin que haya notable disminucion en las proporciones de la albúmina encontrada, es un elemento de los mas importantes. Mientras que no se encuentra en la orina sino moléculas hialinas ó epiteliales sin alteracion grasosa, sobre todo si estos restos son poco numerosos, no se debe asegurar que la enfermedad está confirmada. Luego que disminuyen visiblemente dichos brumos se ha verificado un retroceso dichoso de la nefritis. En el caso contrario, si la cantidad de albúmina no disminuye, si las moléculas grasosas aparecen, se debe pensar en una enfermedad de Bright definitivamente establecida. No se confundirán las exacerbaciones que se pueden presentar en el curso de toda enfermedad febril, con los signos agudos del principio de una nefritis albuminosa. Los restos renales en la orina esclarecerán suficientemente este punto: pueden encerrar moléculas hialinas y de sangre, pero en ellos se verán tambien moléculas de grasa.

Los mismos productos renales en los depósitos urinarios, y la consideracion de las causas demostrarán el grado de alteracion del riñon que tiene el paciente.

Luego que una complicacion grave inflamatoria, marca la enfermedad de Bright, se la encontrará en la historia de los antecedentes del enfermo, en los indicios de hidropesía, y en el exámen de la orina. Si estos datos son insuficientes, no se podrá asegurar que exista la enfermedad sino siguiéndola en su curso ulterior. Esto es tambien lo que tendrá lugar cuando los accidentes hurémicos aparezcan desde el principio, ó bien cuando en una época mas avanzada, ocuparan por su desenvolvimiento todo el aparato morboso.

La ausencia de moléculas en la orina no debe autorizar jamás á negar la existencia de la enfermedad de Bright.

Pronóstico.—Es siempre grave. Sin embargo, nosotros hemos vis-

to que el parénquima renal no se afecta sino parcialmente, hasta en los grados avanzados de la enfermedad. Por lo demás, los desórdenes de primer grado no son por sí mismos irremisibles. Los conductillos y glomérulos que quedan sanos, si la enfermedad se detiene al principio, podrian vastar á la escrecion de la orina; por consiguiente, la terminacion mortal no es en absoluto constante. Se cuentan curaciones.

Desgraciadamente el pronóstico es agravado por la frecuencia de las complicaciones que surgen durante el curso de la enfermedad de Bright, y que son, por sí solas, tan frecuentemente causa de muerte como el desórden renal. Resulta de esto que el pronóstico es casi siempre desgraciado cuando la afeccion *brightica* tiene su asiento sobre un individuo caquéctico ó con algun vicio constitucional.

§ VII.—Tratamiento.

1.° **Estado agudo.**—*Emisiones sanguíneas.*—Los autores aconsejan las emisiones sanguíneas en los casos en que hay cierto movimiento febril. Christison recomienda expresamente emplearlas, y, en general, en este período de la enfermedad, al hacer ó practicar la sangría es menester exponerse, mas bien á traspasar que á quedarse mas acá de los límites á que parece necesario llegar (Rayer).

Por lo comun se recurre principalmente á la sangría general. Las *ventosas escarificadas*, en mayor ó menor número aplicadas sobre los lomos, ó las *sanguijuelas*, pueden ser aplicadas concurriendo con la sangría, ó bien ellas exclusivamente en los sugetos débiles, y en los niños. Vamos á tratar de estos medios.

A continuacion de la sangría se ponen en uso las *bebidas atemperantes*, á las cuales se añade una cierta cantidad de *nitro* para hacerlas diuréticas, por ejemplo, la siguiente:

La infusion de malva....... 1000 gram.—De nitrato de potasa.. .... 1gr, 50

No se debe de impedir á los enfermos que padecen hidropesía el que beban, como se ha dicho en cierta época.

En esta forma aguda de la enfermedad no se han recomendado los diuréticos muy activos y dados á grandes dósis como en la crónica, acerca de la cual tendremos que entrar en algunos pormenores.

Todos los autores aconsejan los *purgantes suaves*, entre los cuales se puede prescribir el siguiente:

R. Agua de achicorias... 100 gram. | Jarabe de espino serval .. ... 60 gram.
Sulfato de magnesia.. 15 gram.
Se toma en dos veces.

Tambien se da en igual caso el *aceite de ricino*, á la dósis de 30 á 40 gramos.

«Dice Rayer que se administrarán con preferencia los purgantes mas enérgicos, tales como la *raiz de jalapa* y la *gutagamba*, cuando

la hidropesía es muy considerable, y cuando ha sido muy poco modificada por la sangría. Tambien se deberá dar estos purgantes al mismo tiempo que se hacen emisiones sanguíneas, en los casos en que la enfermedad se anuncia con mucha gravedad, y cuando amenazan síntomas cerebrales.» Estos medicamentos pueden prescribirse de la manera siguiente:

R. Jalapa .... 1,50 gram.—Cocimiento de achicorias.... 130 gram.

Mézclese. Se toma en tres veces con media hora de intervalo, pero se suspenderá la tercera toma si las dos primeras producen suficiente número de evacuaciones.

Para los niños se dará la jalapa á la dósis de 50 á 75 centígramos en 15 gramos de jarabe de altea, igualmente en tres veces, y observando las mismas precauciones.

En cuanto á la *gutugamba*, basta administrar las *píldoras de Bontius*, cuya fórmula he dado al tratar de la *ascitis*, las que contienen esta sustancia.

La mayor parte de los autores recomiendan igualmente tomar un *baño simple* por la noche. Rayer insiste en que se tome el baño cerca de la cama, para que el enfermo no se esponga á enfriarse.

Tambien se prescriben con el objeto de excitar la traspiracion los *baños de vapor*, ó bien las *fumigaciones con las bayas de enebro*. Estas últimas pueden hacerse introduciendo suficiente cantidad de bayas en un calentador que contenga unas ascuas, y calentando con él la cama del enfermo, ó lo que aun es mejor, haciendo evaporar las bayas en un hornillo, y dirigiendo el vapor á la cama por medio de un tubo de hoja de lata.

«Dice Rayer, que se ha ocupado del tratamiento de la forma aguda con mas exactitud que los demás autores, que cuando son muy notables los síntomas gástricos ó intestinales, y en particular los vómitos y la diarrea, entonces aprovechan los *baños tibios*, las *sanguijuelas al ano y el opio á cortas dósis*.» Apenas se puede suscitar dudas acerca de la exactitud de esta asercion, pero tampoco se puede adoptar la opinion de este autor cuando añade: «Siempre que los enfermos se quejan de dísnea ó de opresion despues de la sangría, son preferibles los purgantes.» Para demostrar la verdad de esta proposicion hubiera sido preciso buscar las pruebas en observaciones bien decisivas, lo cual no se ha hecho todavía. Si hago esta reflexion, es porque es difícil creer, cuando se recuerda el efecto de los narcóticos sobre las funciones respiratorias, que los purgantes sean mas eficaces que el opio para calmar la dísnea. Sin embargo, seria necesario ceder á la experiencia si esta lo hubiese realmente acreditado.

La persuasion en que se está en que el frio, y sobre todo el frio húmedo, es una de las causas mas poderosas de la enfermedad de que se trata, ha tenido por resultado natural el recomendar todos los autores que se sustraiga con el mayor cuidado á los enfermos de estos

agentes. Así, pues, se aconseja tener la habitacion á una temperatura bastante elevada, y además *cubrirse el cuerpo con franela*.

Cuando los signos de reaccion son marcados, es necesario someter á los enfermos á una dieta bastante severa; pero no se debe tardar en dar alimentos bastante sustanciosos en cuanto haya cedido el ligero movimiento febril. A muchos enfermos les sienta bien el uso de la leche por toda nutricion durante algunos dias. Los medios indicados en el tratamiento de la albuminuria en general podrian ser agregados á los que acabamos de decir, y en particular el régimen y los medicamentos que se consideran propios para modificar el estado de la sangre y disminuir la cantidad de albúmina encontrada.

2.° **Enfermedad de Bright confirmada.**—El médico no debe tener gran esperanza de curar su enfermo, aun empleando los medios que parecen mas apropiados. Pero se ha visto tambien que muchos hechos han demostrado la posibilidad de una mejoría considerable en el mal y de la prolongacion de los dias del enfermo, aun cuando la enfermedad hubiera hecho grandes progresos. Para conseguir principalmente este objeto, es para lo que se ha establecido el tratamiento de la enfermedad de Bright de forma crónica, y por consiguiente, este tratamiento no es mas que paliativo.

Emisiones sanguíneas.—Las emisiones sanguíneas están muy lejos de ser recomendadas en esta forma. Si ellas pueden ser empleadas contra la hiperemia renal, que se opera lentamente, ó por ataques sucesivos, *son, no solamente inútiles, sino tambien perjudiciales* en una multitud de casos en que los riñones están descoloridos, granulosos ó indurados.

Diuréticos.—Inútil seria indagar aquí cuáles son las razones que han inducido á los médicos á recurrir á los diuréticos en esta enfermedad, y exponer las objeciones teóricas que se han hecho á esta medicacion. Lo que nos importa saber es, si es ó no conveniente la administracion de estos medicamentos. Christison (1) encomia especialmente los diuréticos ya prescritos por Bright, y en los que este autor ha tenido despues mucha menos confianza. Los que prefiere Christison son la *digital* y el *cremor de tártaro*.

Administra la *digital á la dósis de* 5 *á* 10 *centígramos* en píldoras tres veces al dia, ó bien del modo siguiente:

R. Agua destilada de canela ó de cañafístula... 1 cucharada de té.	Tintura de digital... 10, 15 ó 20 gotas.

Se toma tres veces al dia.

Se prescribe el *cremor de tártaro* del modo siguiente:

R. Agua............... 100 gram.	Cremor de tártaro........ 6 ú 8 gram.

Se toma de una vez tres veces al dia.

(1) Christison, *Loc. cit.*, p. 148 et suiv.

Si no se obtuviese efecto diurético desde los primeros dias, no se deberia deducir que estos medicamentos serán inútiles, porque Christison ha visto establecerse la diuresis despues de cierto tiempo, y dice haber favorecido esta aparicion administrando un vomitivo compuesto de *tártaro estibiado* y de *ipecacuana*.

Los demás diuréticos usados son la *escila*, el *nitrato* ó el *acetato de potasa*, etc. Seria inútil hacer aquí una enumeracion mas extensa, pues basta remitir al lector al artículo ASCITIS, en donde hemos estudiado estos medicamentos. Pero hay dos sustancias de las que debo decir algunas palabras, porque han sido recomendadas por dos autores, Bright y Rayer, que han estudiado la enfermedad con el mayor cuidado, á saber: la *gayuba* y el *rábano rusticano*. Roberts elogia este último diurético.

Bright ha administrado la *gayuba* (*uva ursi*), que se puede prescribir del modo siguiente:

R. Gayuba .... 2 á 4 gram. | Agua..................... 500 gram.
Se cuece durante veinte minutos y se endulza. Se toma á tazas durante el dia.

O bien:

R. Gayuba en polvo...................... 1 á 2 gram.
Divídase en tres papeles iguales. Se toman en el dia en una cucharada de agua ó de tisana.

La *infusion de tallos de retama* (15 gramos, agua destilada 500) es una bebida que los enfermos toman con placer, y que parece dar buenos resultados. (Rayer) (1).

Los diuréticos cuentan, como se ve, con un gran número de partidarios. Esta preferencia, segun Roberts, se apoya en una ilusion: cuando el estado agudo de la nefritis marcha á la curacion ó á un período de calma, la hidropesía se resuelve naturalmente por una diuretis abundante que se puede atribuir á los diuréticos empleados durante el período de agudeza. Osborne piensa que es malo excitar el riñon por estos medicamentos.

Trementina, bálsamos de Tolú ó de copaiba, cantáridas.—Es necesario colocar despnes de los diuréticos otros medicamentos que obran de un modo bien conocido sobre las vias urinarias: quiero hablar de la *trementina*, de los *bálsamos de Tolú* y *de copaiba*, y sobre todo de las *cantáridas*.

Los autores están acordes en decir que la *trementina* y los *bálsamos* que acabo de indicar, no producen efectos ventajosos. En cuanto á las *cantáridas*, han sido primero administradas por el doctor Wells, y en seguida ensayadas por algunos autores. Wells las ha dado, bajo la forma de *tintura*, á dósis muy considerables, tales como 30, 5 y 60 gotas en las veinticuatro horas. Rayer ha administrado igual-

(1) Rayer, *Bulletin général de thérapeutique*, 15 de Mayo de 1850.

mente este medicamento en tintura, pero á menor dósis; en efecto, la prescribe de la manera siguiente:

R. Emulsion comun ó leche de almendras.... 30 gram.	Tintura de cantáridas.... 4 á 12 gotas.

Mézclese. Se toma á cucharadas.

Estos dos autores, así como Fonssagrives, profesor de la facultad de medicina de Montpeller, han visto en ciertos casos desaparecer la albúmina de la orina, y se ha disminuido ó disipado la hidropesía bajo la influencia de esta medicacion, que Rayer considera, sin embargo, como muy incierta. Por otra parte, Blackall ha visto aumentarse el coágulo albuminoso en la orina de los sugetos que hacian uso de esta sustancia, y como todos convienen en que es un remedio peligroso, sobre todo á las dósis prescritas por Wells, se vacilará sin duda en usarle, ó si se da se hará con las mayores precauciones.

Tónicos.—Nonat (1) ha obtenido seis curaciones en diez casos, por medio del *tratamiento tónico.* Este es uno de los mas brillantes resultados que se han obtenido.

Pero cuando han remitido los síntomas de reaccion, ó cuando nunca se han manifestado, como en el enfermo á quien se refiere la última observacion, si los órganos digestivos se hallan en buen estado, ¿no convendrá sostener las fuerzas administrando *alimentos ligeros*, *caldos*, *agua vinosa y aun vino de Burdeos ó de Bañols?*

Los alimentos deben escogerse entre los de fácil digestion. Despues se pasa á los alimentos mas nutritivos, por ejemplo, la carne asada; se agregan además los estimulantes del sistema nervioso, como los alcohólicos, el agua vinosa, vino de Burdeos ó de Bañols, á la dósis de 30 á 125 gramos.

Este tratamiento es el que cumple mejor la indicacion de impedir la extension de los desórdenes renales cuando la enfermedad ha entrado en un período de calma relativa, sin que se presente ninguna complicacion. Roberts aconseja ayudar los efectos de una alimentacion moderada por el uso de las preparaciones marciales, bajo la forma que en cada caso particular se soporte mejor, *percloruro de hierro*, *citrato de hierro*, *hierro reducido*, etc. Asocia el aceite de hígado de bacalao con el jarabe de ioduro ferroso, en los casos de constitucion deteriorada por vicio escrofuloso. Es para los enfermos la mejor salvaguardia contra la anemia que la amenaza tan de cerca. Estos medios, acompañados de la mas extricta observacion de las reglas higiénicas, serán los mas eficaces para prolongar el estado estacionario, que es una especie de curacion de la enfermedad: se debe advertir á los enfermos para que se consideren siempre como convalecientes mas bien que como curados.

Diaforéticos.—En una enfermedad en que la hidropesía es uno de

(1) Nonat, *De la néphrite albumineuse*, etc., (*Union médicale*, Setiembre, 1847, p. 467).

los principales caractéres, se ha debido recurrir necesariamente á los diaforéticos, y el doctor Osborne (1) ha insistido principalmente en la utilidad de estas medicaciones, que considera como mucho mas ventajosas que los diuréticos.

Tambien se pueden poner en uso, como en la forma aguda, los *baños de vapores* ó *fumigaciones*, al mismo tiempo que se dan interiormente tisanas calientes y escitantes, como la infusion de *borraja* y de *sauco*, etc. Generalmente se prescribe solo una simple infusion de té, á la que se añaden algunas gotas de *acetato de amoniaco*; pero seria inútil detenernos mas largo tiempo en una medicacion que es tan fácil de dirigir. Unicamente diremos, que entre los diaforéticos citados por los autores ingleses, hay dos en los que tienen mucha confianza, que son los *polvos de Dower* y los *polvos de James*.

Purgantes.—Los purgantes enérgicos se emplean con mas frecuencia en la forma crónica que en la aguda; pero ya hemos dicho que en ciertos casos, y sobre todo en aquellos en que la enfermedad está complicada con tubérculos pulmonales, se puede producir por esta medicacion una diarrea que es despues muy difícil de contener. Por consiguiente, no se debe recurrir á ellos sino con prudencia, y detenerse en cuanto se vea que las evacuaciones de vientre se hacen demasiado frecuentes.

Martin Solon ha visto desaparecer completamente la hidropesía en un caso en que prescribió las píldoras siguientes:

R. Acíbar.......... } aa 5 centíg. | Extracto de eléboro......... 5 centíg.
Gutagamba...... } | Resina de jalapa............ 10 centíg.

Háganse segun arte píldoras semejantes, de las cuales se dan dos ó tres al dia.

Los autores ingleses aconsejan generalmente el uso de los *calomelanos* á la dósis de 30, 40 y 50 centígramos al dia; pero cuando se administran es necesario vigilar atentamente el estado de la boca.

Martin Solon ha empleado tambien otros purgantes, entre los que se debe citar en primer lugar el *aceite de tártagos* (2). Este medicamento, que aquel autor ha dado á la dósis de 1 gramo y 35 centígramos hasta la de 4 á 6 gramos, ha producido muy buenos efectos en muchos de los casos referidos por este observador; pero en otros, habiendo continuado demasiado tiempo su administracion, ha producido una irritacion bastante viva de la mucosa intestinal, que ha parecido acelerar la muerte. De lo dicho se infiere con qué prudencia se deben usar estos remedios.

Tambien se ha recurrido á las aguas de *Sedlitz*, de *Pullna*, á la *raiz de sauco* y á gran número de purgantes que nada tienen de particular, y que es, por consiguiente, inútil indicar aquí, porque siempre será fácil encontrar algunos que correspondan á la accion que se

(2) William Osborne, *On Dropsies connect. with suppressed perspiration and coagulable Urine*. London, 1835.
(1) Martin Solon, *Bulletin de thérapeutique*, t. VIII.

quiere producir. Por lo general, y esto es lo que mas importa conocer, los autores están conformes en decir que cuando ha llegado la enfermedad á un grado muy avanzado, estos purgantes no presentan ventajas positivas y pueden tener graves inconvenientes.

Roberts ha demostrado las ventajas del empleo de la jalapa asociada al bitartrato de potasa, en la forma siguiente:

R. Del bitartrato potásico. 12 gram. | Aromatícese con gengibre.... C. S.
De los polvos de jalapa. 1 gram. |
Para tomar por la mañana dos ó tres veces á la semana.

Los vomitivos han sido mas raramente administrados. Alguna vez, y Martin Solon ha citado dos ejemplos, se ha recurrido á los *hemeto-catártricos*, pero sin haber obtenido ventajas evidentes.

Sin embargo, el doctor García y Alvarez (1) ha visto curarse un caso de enfermedad de Bright en un hombre de cuarenta años por la administracion del *tártaro estibiado*, tomado diariamente á la dósis de 5 centígramos por espacio de ocho dias; pero la curacion, ¿habrá sido definitiva?

Acido nítrico.—El doctor Haussen (2) refiere que de diez y ocho casos de albuminuria, solo ha perdido dos enfermos empleando el siguiente medio:

R. Pocion gomosa. 150 á 250 gram. | Acido nítrico........... 4 á 15 gram.
Se toma en las veinticuatro horas.

Mucho importaria saber si en todos los casos en que la orina era albuminosa existia la enfermedad de Bright.

Forget (3) ha tratado de la misma manera á dos enfermos, pero el uno de ellos se curó y el otro sucumbió. Todavía queda la duda de si fueron definitivas las curaciones. En efecto, es sabido que cualquiera que sea el tratamiento que se emplee pueden desaparecer los síntomas de la enfermedad de Bright para reproducirse en seguida.

El doctor Labut (4) ha citado un caso de curacion de una albuminuria por el uso del ácido nítrico á la dósis de 4 gramos en 750 gramos de agua, con jarabe de goma y mucílago. El enfermo tenia vómitos pertinaces y enflaquecimiento marcado. Se continuó el uso del ácido nítrico por mas de un mes; pero ¿habia realmente una enfermedad de Bright?

Medios diversos.—Siguen cierto número de remedios mas ó menos encomiados; tales son los *mercuriales*, usados principalmente en Inglaterra; los *ferruginosos*, cuya administracion es tan difícil de dirigir, y que convienen en casi todos los casos en que dura la en-

(1) García y Alvarez, *El Telégrafo médico*, 1847.
(2) Haussen, *Gazette des hôpitaux*, Febrero, 1846.
(3) Forget, *Bulletin général de thérapeutique*, Enero, 1847, t. XXXII, p. 5 et suiv.
(4) Labut, *Gazetta médica di Milano*, 1846.

fermedad desde cierto tiempo, las *fricciones escitantes* en la piel, los *cauterios*, los *sedales*, las *moxas* aplicadas á la region de los lomos; en una palabra, los diversos medios capaces de hacer cesar la excesiva debilidad de los enfermos, de combatir el estado seroso de la sangre y de excitar la piel, al mismo tiempo que por los medicamentos tomados interiormente se procura determinar una traspiracion abundante, ó bien se abren fuentes que producen una revulsion poderosa y contínua.

Por desgracia la enfermedad es casi siempre rebelde, y por otro lado no tenemos una estadística exacta de suficiente número de observaciones para fallar acerca del valor de estos medicamentos. Sin embargo, el doctor Osborne (1) ha citado veintisiete curaciones entre treinta y seis casos, obtenidas por una medicacion compuesta, que consiste en el uso simultáneo ó sucesivo de las sangrías, ventosas, purgantes, sudoríficos, vejigatorios y de algunos otros medios por los que se trata de producir la diaforesis. Este resultado seria el mas satisfactorio posible, si, como hace notar Rayer, no se encontrasen en los hechos citados por Osborne un considerable número de casos pertenecientes á la forma aguda, en la cual casi siempre se consigue la curacion.

Montanier (2) ha tratado un niño de once años, el cual se ha curado aplicando vejigatorios volantes á la region renal.

Régimen, cuidados higiénicos.—El régimen en la forma crónica no debe ser tan severo como en la aguda; por el contrario, las mas veces el médico debe prescribir una alimentacion bastante sólida y abundante, porque, como hemos visto en el artículo de las causas, muchos enfermos contraen esta enfermedad en condiciones sumamente desfavorables bajo este punto de vista. Así, pues, no se vacilará en dar á los sugetos que por largo tiempo han tenido una alimentacion insalubre y escasa las *carnes asadas* y algo de *vino puro*; en una palabra, un régimen analéptico que ayude á la accion de los medicamentos tónicos que se prescriben en semejante caso.

Sin embargo, cuando sobrevienen exacerbaciones se debe, así como en la forma aguda, insistir por algun tiempo en una dieta bastante severa.

El enfermo debe tener una habitacion seca y mantenida á una temperatura algun tanto elevada, debe *vestirse interiormente de franela*, hacerse dar *fricciones secas*, en una palabra, evitar por todos los medios posibles el frio húmedo, que es tanto mas perjudicial para él, cuanto mayores son los progresos que hace la enfermedad.

Resúmen y prescripciones.—Acabamos de ver que los documentos en que hemos debido fundar el tratamiento de la enfermedad de Bright, carecen en general de la precision y exactitud que seria de

(1) Osborne, *London medical Gazette*, Febrero, 1847.
(2) Montanier, *Gazette médicale de Paris*, Setiembre de 1852, et *Bulletin général de thérapeutique*, 15 de Setiembre de 1852.

desear. Los medios que en vista de los datos que tenemos parecen de mayor valor, son en la forma aguda los diaforéticos y los purgantes, y en la forma crónica los diuréticos, los tónicos, el régimen y los cuidados higiénicos.

Prescripcion I.—En un caso de enfermedad de Bright de forma aguda en un adulto bastante vigoroso.

1.° Para bebida usual, infusion de borraja ó de sauco.
2.° Una sangría de 200 á 300 gramos, que se repetirá si el caso lo exige, pero con prudencia; ventosas escarificadas ó sanguijuelas en la region lumbar.
3.° Media botella de agua de Sedlitz, ó solo un vaso todas las mañanas. En el caso en que no bastase este purgante, se prescribirá el aceite de ricino, el de tártagos, ó bien la jalapa, la gutagamba, etc.
4.° Un baño simple todas las noches, durante el dia una fumigacion de bayas de enebro.
5.° Si no se restablece la traspiracion, tomará el enfermo un baño de vapor un dia sí y otro no, ó bien todos los dias si las fuerzas lo permiten.
6.° Se vestirá interiormente de franela y guardará dieta rigurosa mientras dure el estado febril, pero poco despues se le darán alimentos sustanciosos.

Prescripcion II.—En un caso de enfermedad de Bright de forma crónica sin complicacion.

1.° Para tisana infusion de gayuba.
2.° Algunas sanguijuelas á los lomos ó al ano, en los paroxismos. (Este medio requiere emplearse con mucha prudencia.)
3.° Diuréticos, ogimiel escilítico, digital, etc.
4.° Diaforéticos, polvos de Dower, de James, etc.; fumigaciones, baños de vapor, etc.
5.° Tónicos, ferruginosos.
6.° Régimen analéptico, excepto en los casos de complicacion y en los momentos de paroxismo, vestir de franela interiormente, etc.

Muchos autores han expuesto detalladamente el tratamiento de las diversas complicaciones que tan frecuentemente se observan en la enfermedad de Bright; por consiguiente, me seria muy fácil indicar aquí todo lo que concierne á estas diversas complicaciones, pero no es difícil conocer que no se sacaria de ello ninguna utilidad. En efecto, la enfermedad se complica con diversas flegmasías de los órganos torácicos ó intestinales, ó bien con enfermedades crónicas, como tubérculos, afecciones del corazon y del hígado; pero no está demostrado que haya medicamentos especiales, á los casos particula-

res de que aquí se trata aplicables: basta emplear contra estas afecciones el tratamiento ordinario, teniendo solo cuidado de moderarle segun el estado de las fuerzas del enfermo.

Breve resúmen.—1.° *Forma aguda.*—Emisiones sanguíneas, diuréticos, purgantes, diaforéticos, baños, régimen y cuidados higiénicos.

2.° *Forma crónica.*—Emisiones sanguíneas, diuréticos, trementina, bálsamos de Tolú ó de copaiba, etc., cantáridas, diaforéticos, purgantes, vomitivos, mercuriales, ácido nítrico, tónicos, ferruginosos, revulsivos, exutorios, régimen y cuidados higiénicos.

ARTÍCULO VII.

HIPERTROFIA, ATROFIA DE LOS RIÑONES, ANOMALÍAS.

La atrofia y la hipertrofia de los riñones son alguna vez congénitas, pero mas frecuentemente son accidentales, es decir, determinadas por afecciones particulares.

Rayer se limita á decir que la exageracion de la secrecion de la orina, parece ser efecto de la hipertrofia de los riñones. Es evidente que esta consecuencia no se presenta en los casos de hipertrofia con *alteracion cerosa* de los riñones, de lo que Fournier (1) ha citado un ejemplo observado en un muchacho de seis años, escrofuloso, alteracion que Barth mira como debida al uso prolongado del aceite de hígado de bacalao. Esto mismo es aplicable á la hipertrofia con *sustitucion grasosa* debida á la presencia de cálculos, sobre lo cual Godard (2) ha publicado una interesante Memoria. Desde luego, cuando hay aumento del tejido renal y *tumor aparente*, esta alteracion lleva en pos de sí la desaparicion de la tubulosa, y por consiguiente una atrofia verdadera.

La atrofia no afecta ordinariamente sino á uno solo de estos órganos, y el otro adquiere un desenvolvimiento proporcional. Roberts (3) piensa que esta anomalía es debida á la detencion del desenvolvimiento de una de las arterias renales; en un caso de atrofia del riñon derecho. Danner (4) ha demostrado la osificacion de la arteria renal correspondiente y su dilatacion ampulosa del volúmen de una nuez en el punto donde se divide para penetrar en el riñon. Ferrand (5) ha visto los vasos renales rudimentarios terminar en un quiste que re-

(1) Fournier, *Hypertrophie avec altéracion cireuse du foie et des deux reins* (*Bull. de la Soc. anat.*, 1857, p. 24).

(2) Godard, *Recherches sur la substitution graisseuse du rein* (*Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie*, t. V, année 1858. Paris, 1859, p. 279 et suiv.).

(3) Roberts, *Loc. cit.*, p. 515.

(4) Danner, *Diathèse goutteuse; hypertrophie concentr. du cœur; kystes séreux du rein droit; dilatation anévrysmale de l'artère rénale; calculs urinaires dans le rein gauche* (*Bulletins de la Société anatomique*, 1856).

(5) Ferrand, *Anomalie du rein* (*Bulletins de la Société anatomique*, 1862, p. 48).

presentaba la pélvis del riñon derecho ausente, siendo el volúmen del riñon izquierdo doble que lo normal. En los casos de riñon único mencionados por Ed. Cruveilhier (1) no habia mas que una arteria y una vena renales.

Sucede alguna vez que el riñon es único por la reunion de los dos órganos en uno solo mediante un istmo de tejido glandular ó simplemente fibroso; esto es lo que Roberts llama riñon en forma de herradura. Meunier (2) Perier (3) han dado á conocer un caso de esta singularidad anatómica, ignorado durante la vida de los sugetos. Sin embargo, Rayer hace notar, con razon, que la situacion de este riñon en la línea media delante de la columna vertebral, puede dificultar el diagnóstico de sus enfermedades y el de los tumores abdominales.

Nosotros no haremos sino mencionar los riñones de pélvis doble y de doble uréter. (Roberts.)

ARTÍCULO VIII.

CÁNCER, TUBÉRCULO DE LOS RIÑONES.

Los riñones no pueden incluirse entre los órganos mas frecuentemente afectados de cáncer ni de tubérculos. Es muy raro que esta sustancia se haga cancerosa de otro modo que por extenderse á ella un cáncer desarrollado primitivamente en las partes inmediatas; en cuanto á los tubérculos se puede decir que no hay un solo ejemplo auténtico de esta produccion morbosa que ocupe exclusivamente el riñon. Cuando se encuentran en este órgano, es porque hay generalmente una gran cantidad en casi todas las demás partes del cuerpo. Como las dos afecciones de que aquí tratamos son superiores á los recursos del arte, y se presentan rara vez, bastará describirlas en muy pocas palabras.

1.° CÁNCER.

§ I.—Causas.

«El cáncer de los riñones, dice Rayer, ataca con frecuencia al *sexo masculino*, la *edad madura* y la *vejez*.» No obstante, se le ha observado algunas veces en personas jóvenes y aun en los niños. El doctor Obre (4) ha observado un caso de cáncer de los dos riñones en un *niño de trece meses*. Los tumores, que eran enormes y llenaban

(1) Ed. Cruveilhier, *Rein unique* (*Bulletins de la Société anatomique*, 1860, p. 56).
(2) Meunier, *Rein unique* (*Bulletins de la Société anatomique*, 1862, p. 100).
(3) Périer, *Adhésion des deux reins* (*Bulletins de la Société anatomique*, 1862, p. 391).
(4) Obre, *London medical Gazette*, Febrero de 1847.

el abdómen, eran de naturaleza encefaloidea, y en este caso no hubo hematuria. Este cáncer se ha hallado mas frecuentemente á la derecha que á la izquierda. Los hechos referidos por Roberts (1) confirman mas estos datos, y hacen sobresalir de una manera patente la predisposicion de los niños á padecer el cáncer de los riñones: de 54 casos de esta afeccion, 19 han sido suministrados por niños, de los cuales 16 tenian menos de cuatro años de edad. Casi siempre es producida la enfermedad por el cáncer primitivo del riñon.

§ II.—Síntomas.

Generalmente hablando, la afeccion no es dolorosa, sobre todo al principio de la enfermedad. Sin embargo, algunas veces se han notado los *dolores* lancinantes del cáncer. Al cabo de mas ó menos tiempo se desarrolla en algunos casos un *tumor* ordinariamente abollado y duro entre la última costilla y el hueso íleo, cuyo tumor es algunas veces doloroso á la presion. Segun Roberts, la existencia de un tumor seria el síntoma menos inconstante en los niños, en los cuales la masa cancerosa suele adquirir proporciones muy considerables. Pueden llenar, no solamente uno de los vacíos, sino que alcanzan la línea blanca y aun llenan todo el vientre. Soulié (2) ha demostrado esta última circunstancia en una mujer de setenta y tres años.

La *hematuria* es uno de los principales síntomas del cáncer. A veces esta es bastante considerable para producir coágulos voluminosos, sobre todo al principio de la enfermedad. Mas adelante solo se observa la orina sanguinolenta ó semejante á las lavaduras de la carne. La sangre puede coagularse en la vejiga ó en la uretra, y de aquí resulta la escrecion de coágulos vermiformes ó sedimentos de sangre corrompida y fétida en la orina. Además de la sangre mas ó menos alterada, se encuentran detritus pulposos suministrados por el cáncer: Jaccoud (3) lo ha indicado en una observacion. Son muy difíciles de apreciar las células cancerosas en este caso, pues esta materia se altera por su contacto prolongado con la orina.

Roberts, en los casos recogidos por él, ha averiguado que existe hematuria cerca de la mitad de los casos: sin embargo, este fenómeno tiene intermitencias; y en otras ocasiones se ha suprimido por haberse obliterado el uréter del lado enfermo; por el contrario, puede ser provocada por una violencia exterior que afecte la region de los riñones.

Si á estos síntomas se agregan el enflaquecimiento, el color ama-

(1) Roberts, *loc. cit.*, p. 441.
(2) Soulié, *Cancer du rein droit* (*Bulletins de la Société anatomique*. 1860, p. 130).
(3) Jaccoud, *Cancer encéphaloïde du rein gauche, du foie et des poumons* (*Bulletins de la Société anatomique*, 1858).

rillo de paja, la debilidad y los desarreglos gastrointestinales, en una palabra, los síntomas que pertenecen á todos los cánceres, y los de las demás afecciones cancerosas que existen casi constantemente en el mismo sugeto, se tendrá todo lo que interesa saber acerca de la sintomatología del cáncer renal.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* puede ser muy difícil, á causa de que muchas veces no se anuncia la afeccion por ningun síntoma bien marcado, que á veces no hay dolor, y que en algunos casos en que existe el dolor puede atribuírsele á otras afecciones, y principalmente al lumbago.

El signo mas importante es sin contradiccion la hematuria, no porque no sea comun á otras muchas afecciones, sino porque presenta algunos caractéres particulares. Cuando la hematuria es debida al cáncer sobreviene ya en un estado satisfactorio de salud, y sin que ninguna otra alteracion de las vias urinarias haya venido á dar á conocer la inminencia de una hemorragia, ya despues de mas ó menos tiempo durante el cual ha experimentado el enfermo dolores renales. Conviene notar bien estas dos circunstancias, porque en el primer caso se debe sospechar que sucede lo propio que en los casos de cáncer del útero, al cual veremos empezar frecuentemente por una metrorragia, y en el segundo se deberá creer que existe el cáncer, si los dolores renales no fuesen acompañados de la expulsion de algunas arenillas ó de los signos de la nefritis aguda ó crónica. Si se viese aparecer un tumor en uno de los riñones, ya no debia quedar duda, y aun seria el diagnóstico mas positivo si hubiese un cáncer en otro órgano.

Sin embargo, no se debe olvidar que en ciertos casos puede verificarse la hematuria sin haber lesiones apreciables, como ya veremos mas adelante, en cuyo caso reconocemos que es muy difícil el diagnóstico. Las frecuentes complicaciones que se observan en esta afeccion le hacen muchas veces imposible.

De manera que puede haber este síntoma en otra afeccion que no sea el cáncer. En este es copiosa, expontánea é intermitente, pero si falta no se podria sacar por ello ninguna conclusion.

El tumor canceroso renal puede ser confundido con un tumor del hígado cuando está en el lado derecho; de la misma manera puede tomarse por un tumor del bazo cuando está en el lado izquierdo, y tambien con un tumor del ovario: lo mismo puede suceder por enfermedades que no sean de los riñones como en la hidronefrosis los quistes simples ó hidatídicos; la falsa fluctuacion del encefaloide puede hacer que nos engañemos. Varias circunstancias pueden hacer difícil de precisar el diagnóstico, así que no debe asegurarse sino con reserva que existe la enfermedad, á menos que nos sorprenda un accidente característico como la ictericia en caso que el hígado esté

afecto, ó restos de equinococos en la orina cuando se trata de un tumor hidatídico. Roberts refiere una operacion de ovariotomía empezada por un error de diagnóstico en un caso de cáncer desconocido del riñon; el cólon pasaba por delante, y se conocia por su sonoridad timpánica, que tambien se notaba algunas veces en una porcion del intestino delgado: cuando el tumor pertenece al hígado, al bazo ó al ovario, los intestinos están por detrás y no se les podria encontrar practicando la percusion por delante encima de la region sospechosa. Este signo nos parece ser una induccion fundada en la situacion normal de los órganos, siendo posible que cambios producidos en los órganos enfermos modifiquen considerablemente sus relaciones anatómicas.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

Se han estudiado con el mayor cuidado las *lesiones anatómicas* del cáncer de los riñones, pero bastará indicarlas brevemente. La forma que mas se observa es la *encefaloidea*; tambien se encuentra en los riñones el *fungus hematodes* y á veces el verdadero *escirro*. Wilsson (1) y Rayer (2) solo dan descripciones dudosas. Walshe (3) ha indicado una observacion auténtica. Robin (4) ha publicado el solo caso conocido de *epitelioma* renal. El sitio de la afeccion es generalmente la sustancia cortical, y rara vez se halla atacada la pélvis. Por lo demás varía mucho la extension de la lesion segun los casos. En efecto, la produccion morbosa puede muy bien no tener mas que el volúmen de una avellana y ocupar uno ó muchos puntos de la sustancia renal, y en ciertos casos se la ha visto invadir toda esta sustancia, de suerte que se halla trasformado el riñon en un tumor abollado, á veces muy considerable, y que ocupa gran extension del abdómen. Se ha visto tambien á este órgano convertido en una especie de detritus en muchos puntos, en cuyo caso se hallan primitiva ó secundariamente alterados los órganos inmediatos, y en fin, se encuentran las lesiones propias de las complicaciones indicadas mas arriba. El cáncer puede ser ó *infiltrado* ó *reunido*, formando focos; suprimiendo mas ó menos la sustancia glandulosa del riñon. Dando un corte al encefaloide se presenta con un aspecto blanco rosado muy conocido, y además focos hemorrágicos y puntos reblandeados. Todas estas lesiones están bien descritas en las observaciones mencionadas, y además en la de Danner (5). La pélvis y el uréter son invadidos

(1) James Wilson, *Lectures on the structure and physiology of the male urin and genital organs and on their diseases*. London, 1821.
(2) Rayer, *Maladies des reins*, t. III.
(3) Walshe, *Nature and treatment of Cancer*. London, 1846.
(4) Ch. Robin, *Mém. sur l'épithélioma du rein*. Paris, 1855, et Lebert, *Anatom. pathol.*, t. II, p. 351.
(5) Danner, *Dégénérescence encéphaloïde du rein droit* (*Bulletins de la Société anatomique*, 1856).

mas ó menos, encerrando la vena renal frecuentemente materia cancerosa. Solo es invadido un riñon en la mayor parte de los casos, notándose mas en el riñon derecho que en el izquierdo. (Roberts.)

§ V.—Tratamiento.

La enfermedad de que tratamos se termina siempre por la muerte; por consiguiente, el tratamiento solo puede ser paliativo y dirigido á combatir los principales síntomas. Así, pues, se corregirá la *hematuria* por medio de los *astringentes* y *refrigerantes*, si es muy abundante la pérdida de sangre, se atacará la *debilidad* y la *anemia* por medio de los *tónicos*, una alimentacion suculenta y los *ferruginosos*; se calmarán los *dolores* por los *narcóticos* y principalmente por el *opio*, que puede darse sin temor á dósis bastante altas. En cuanto á los demás medios, tales como los *exutorios* sobre la region lumbar, la cicuta, etc., de ningun modo está probado, como lo ha hecho observar Rayer, que tengan verdaderas ventajas.

2.° TUBÉRCULOS.

§ I.—Condiciones etiológicas, frecuencia.

Ya he dicho mas arriba que no existe un solo ejemplo auténtico que pruebe que pueden desarrollarse tubérculos en los riñones sin que existan en los pulmones. Este es un hecho que se puede comprobar fácilmente, recurriendo, no á los asertos de los autores, sino á las observaciones. De lo dicho se infiere que se debe incluir esta lesion de los riñones entre las lesiones secundarias, y que solo es de un mediano interés para la práctica.

El tubérculo de los riñones, en el *estado primitivo*, se observa segun Chambers (1), quince de noventa y un casos de tubérculos renales. En un caso referido por Lala (2) solo tenian tubérculos los riñones, y por consiguiente la lesion era primitiva en este aparato. De 1,317 individuos muertos tuberculosos, se han demostrado los tubérculos en el riñon en 74 (3). Rilliet y Barthez (4) han encontrado cuarenta y nueve veces esta lesion entre 315 cadáveres de niños tuberculosos, lo que demuestra una predisposicion mayor á padecer el riñon de los niños la tuberculizacion.

(1) Chambers, *Decennium pathologicum* (*Medic. Times and Gaz.*, 1852, t. II, p. 403).
(2) Lala, *Tubercules du rein* (*Bulletins de la Société anatomique*, 1856, p. 118).
(3) *Prager Vierteljahrschrift*, Band I, p. 1.
(4) Rilliet et Barthez, *Maladies des enfants*, t. III.

§ II.—Síntomas.

Contentémonos, pues, con decir que los tubérculos de los riñones se ocultan á la observacion durante la vida; que, sin embargo, en algunos casos se han encontrado en la orina grumos de materia tuberculosa, lo que anuncia que ha sido invadida la pélvis por la produccion morbosa; que este síntoma es el único que puede hacer sospechar la degeneracion tuberculosa de los riñones, pero que antes de pronunciar nuestro fallo decisivamente, es necesario examinar con mucho cuidado los demás órganos urinarios (la vejiga, la próstata), de los que pudiera muy bien provenir la materia tuberculosa encontrada en la orina. En el pus tuberculoso se puede reconocer, sin embargo, por medio del microscopio, una pequeña cantidad de sangre, además restos de fibras de tejido conectivo y algunas fibras elásticas. La orina es albuminosa, teniendo los enfermos grandes dolores en el acto de orinar, siendo generalmente bastante frecuente la necesidad de expeler la orina.

Los síntomas generales están poco marcados y recuerdan los de la cistitis crónica. No hay generalmente gran dolor local, y es bastante raro que se pueda reconocer un tumor lumbar. Mas tarde se pronuncian mas los signos ordinarios de la caquexia tuberculosa; los fenómenos de la uremia se manifiestan cuando han sido invadidos los riñones. En el caso de una nefritis tuberculosa aguda que sobrevino en el curso de tísis pulmonal crónica. Léon Collin (1) ha reconocido la naturaleza de la lesion renal, por la intensidad de la fiebre y el dolor lumbar que aumenta por la presion, y además las propiedades puramente inflamatorias de la orina.

§ III.—Lesiones anatómicas.

Rayer ha visto riñones convertidos casi completamente en materia tuberculosa; son muy raros, sin embargo, estos casos, encontrándose ordinariamente ó infiltrados ó diseminados en la sustancia del riñon. Louis ha visto en un caso una infiltracion de materia gris semitrasparente, pero nunca ha hallado granulaciones de la misma sustancia. Los depósitos de tubérculos presentan en el riñon todas las formas conocidas, desde las granulaciones microscópicas grises, como cita Lala, hasta las escavaciones cavernosas, como en un caso observado por Garnier (2). Son frecuentemente afectados los dos riñones, haciéndose la invasion tuberculosa de la sustancia cortical, á la sustancia de las pirámides y á la mucosa de la pélvis del riñon, de los cálices, de los uréteres y aun de la misma vejiga. Por causa

(1) Léon Collin, *Études clin. de méd. militaire*. Paris, 1864, p. 43 et suiv.
(2) Garnier, *Tubercules du rein et de l'uretère* (*Bull. de la Société anat.*, 1859, p. 212).

de esta misma enfermedad se ha visto obliterado y reducido á un cilindro lleno por la aglomeracion de las granulaciones, esta dilatacion entraña la dilatacion de la pélvis y del riñon y la hidronefrosis. Colin ha visto láminas del tamaño de dos pesetas en la superficie de cada riñon formadas por granulaciones reunidas. Estas alteraciones aumentan el volúmen del órgano, así como se destruye por la compresion el tejido glandular del mismo.

§ IV.—Tratamiento.

Todo tratamiento es impotente contra esta lesion.

De la misma manera se encuentra en los riñones materia melánica bajo diferentes formas. Esta produccion morbosa no conocida sino bajo el punto de vista de la anatomía patológica, es inútil hablar de ella aquí. Nos remitimos á los trabajos especiales de Virchow (1) y Lancereaux (2), referentes al estudio del riñon sifilítico. (Véase el tomo I.)

ARTÍCULO IX.

QUISTES SIMPLES DE LOS RIÑONES.

No se deben confundir, como se ha hecho frecuentemente, los quistes simples de los riñones con las hidátides ó acefalocistes. Efectivamente, los primeros solo presentan unas simples bolsas llenas de un líquido, al paso que los otros tienen los caractéres de las lombrices vesiculares que hemos descrito ya en muchos órganos, y especialmente en el hígado (3).

No es raro encontrar quistes simples en los riñones, pero no sabemos nada acerca de las *causas* que los producen. Roberts (4) ha reunido los datos que pueden servir para la historia de esta enfermedad. Se pueden encontrar los quistes simples del riñon de cuatro maneras: 1.° quistes aislados en un riñon por otra parte sano; 2.° quistes diseminados en la enfermedad de Bright; 3.° degeneracion quística congénita; 4.° degeneracion quística general en los adultos.

El orígen de estos quistes pueden ser la obliteracion inflamatoria de los tubos uriníferos como es probable en el caso de enfermedad de Bright, ó su obstruccion por concreciones de uratos ó de ácido úrico, cuya explicacion ha propuesto Virchow para la degeneracion quística congénita, ó su obstruccion por productos hemorrágicos. Se ha avanzado hasta decir que los quistes pudieran ser en la enferme-

(1) Virchow, *La syphilis constitutionnelle*. Paris, 1860, p. 161.
(2) Lancereaux, *Gazette des hôpitaux*, 17 de Marzo de 1864, et *Traité de syphilis*. Paris, 1866.
(3) Véase página 266.
(4) Roberts, *loc. cit.*, p. 425.

dad de Bright, el resultado de la dilatacion de las células epiteliales del riñon.

Síntomas.—En cuanto á los *síntomas*, hé aquí lo que resulta del exámen de las observaciones citadas por Rayer. Mientras la enfermedad no ha adquirido gran desarrollo, nada puede hacer sospechar la existencia de los quistes simples de los riñones. En el caso contrario la enfermedad puede, no solo ocasionar *molestia* en la region lumbar á consecuencia del gran aumento de volúmen del órgano, sino tambien un verdadero *dolor*, á lo menos si nos atenemos á uno de los hechos publicados (1). En efecto, el enfermo en quien se hizo la observacion tuvo muchos ataques de dolores renales vivos, con intervalos variables, y no se encontró despues de la muerte, ni en la escrecion de la orina ni en las lesiones del órgano ninguna causa de cólico nefrítico mas que el desarrollo de los quistes.

El aumento de volúmen de los riñones puede dar lugar á un *tumor* perceptible por la palpacion; pero no es este el caso mas frecuente (2). Sin embargo, se ve en un caso tomado por Rayer de un periódico aleman (3) que la tumefaccion era bastante considerable para hacer sospechar una preñez.

No se han estudiado aun bastante los caractéres que presenta la *orina* en esta enfermedad. En uno de los sugetos anteriormente citados la orina era copiosa y acuosa. Algunas veces sucede que es purulenta, y entonces es que se han inflamado uno ó muchos quistes, y despues de supurar se han vaciado en la pélvis. Frecuentemente es albuminosa, teniendo hematurias entre intervalos variables, faltando dicha hematuria dos meses antes de la muerte, en un caso referido por Conway Ewans (4). En general disminuye la densidad de la orina.

Pueden igualmente sobrevenir trastornos de las *vias digestivas*. Los que han sido bien observados eran principalmente debidos á la compresion ejercida por el riñon hinchado sobre el estómago, y sobre todo en su porcion pilórica, y consistian en la dificultad de la digestion, incomodidad en el epigástrio y vómitos.

Todavía hay otros síntomas muy dignos de notarse, tales son los que se manifiestan de padecimiento del *cerebro*. En los diversos casos citados y que se han terminado por la muerte, se ha visto sobrevenir durante un tiempo variable, pero ordinariamente corto, antes de la terminacion fatal, la soñolencia, el coma, la pérdida de la inteligencia y aun el delirio.

Es verdad que en algunos casos se pudiera creer que estos sínto-

(1) *Journal de médecine*, par Corvisart, Leroux et Boyer, an XI.

(2) Véase el art. RÉTENTION D'URINE DANS LES CAVITÉS RÉNALES, OU HYDRONÉPHROSE, *Diagnostic.*

(3) *Mittheilungen aus dem Gebietc der gesammtem Heilkunde*, herausgegebeu von einer medicinisch chirurgischen Gesellschaft in Hamburg Band I, Seite 362 und 375.

(4) Virchow Ewans, *Patholog. Society Transact.*, 1851, vol. V, p. 183.

mas pertenecian á otras enfermedades graves que existian simultáneamente con la lesion renal; pero en muchos casos esta se presentaba sola, y entre otros citaré particularmente el que Behier (1) comunicó á Rayer; estos fenómenos se explican fácilmente, y no son sino las manifestaciones ordinarias de la uremia.

Terminacion.—De lo dicho se infiere que los quistes de los riñones pueden por sí solos ocasionar la muerte; pero en semejante caso es completa la degeneracion. En las circunstancias mas comunes los enfermos son arrebatados por otra enfermedad, y la lesion de los riñones es de muy poca importancia, á no ser bajo el punto de vista de la anatómía patológica. La degeneracion quística congénita es constantemente una causa de la muerte del feto cuando son afectados ambos riñones, como resulta de las observaciones hechas por Virchow y Roberts (2).

Lesiones anatómicas.—Los quistes ocupan con preferencia la sustancia cortical de los riñones como en una observacion de Bordes (3), y se los ha encontrado en el tejido celular de los vasos renales y en la sustancia tubulosa. Son redondeados, á no ser que sean comprimidos; tienen paredes delgadas, lisas interiormente, y contienen ya serosidad trasparente, que es lo mas comun, ya una materia gelatiniforme y de aspecto mucoso. Rayer, Lancereaux (4) y Lemarchant (5) han citado casos en que la materia contenida en los quistes se asemejaba al cristalino, ó bien no era otra cosa que la colesterina, como lo ha demostrado la análisis. En fin, cuando se ha apoderado la inflamacion de uno ó muchos quistes, se los encuentra llenos de sanies puriforme ó de verdadero pus (6). En el caso de Lancereaux habia vestigios de glóbulos sanguíneos en uno de los quistes, y un coágulo en el otro, y muy frecuentemente las sales de la orina.

Las dimensiones de los quistes aislados puede ser muy considerable. Cæsar Hawkins (7) ha observado en un niño de seis años un quiste que llenaba toda la mitad derecha del abdómen. La degeneracion quística de los adultos aumenta tambien mas ó menos el volúmen del órgano. Los dos riñones participan generalmente de la degeneracion; la sustancia tubular desaparece en toda ó en parte, y puede ser trasformada en una bolsa de tejido fibroso con tabiques

(1) Véase Rayer, *Traité des maladies des reins*. Paris, 1841, t. III, p. 519.

(2) Virchow, *Gesammelte Abhandlungen*, p. 837 et 864.

(3) Bordes, *Kystes multipl. des deux reins* (*Bulletins dc la Société anatomique*, 1857, p. 24).

(4) Lancereaux, *Kyste sanguin du rein* (*Bulletins de la Société anatomique*, 1858).

(5) Lemarchant, *Rein transformé en uma poche de volume des deux poings* (*Bulletins de la Société anatomique*, 1861).

(6) Véase, para mas detalles, Rayer, *Maladies des reins*, vol. III, p. 507 et suiv.

(7) Cæsar Hawkins, *Case of aqueous encysted tumour of the Kidney with a supernumerary gland attached to it* (*Med. chirurg. Transact.*, 1833, vol. XVIII, p. 175).

completos ó incompletos. La pélvis, los cálices, los uréteres están generalmente sanos y permeables; el uréter falta en la degeneracion quística congénita, y es bastante frecuente cuando las vias urinarias están mal conformadas.

Pronóstico.—Si se llegase á diagnosticar la existencia de los quistes simples en los riñones, no se deberá vacilar en hacer un pronóstico fatal, puesto que, como hemos visto, no se puede formar diagnóstico sino cuando la enfermedad ha llegado á su último término.

Tratamiento.—«Las preparaciones del iodo, dice Rayer, se han usado muchas veces con buen éxito contra la degeneracion enquistada de los ovarios, pero la degeneracion enquistada de los riñones es un mal que no tiene remedio cuando ha llegado al punto de quererse reconocer y sospechar durante la vida.» De aquí se deduce que se deben emplear las preparaciones del iodo como tratamiento, pero que apenas se puede confiar en sus buenos efectos. Roberts propone el tratamiento de la enfermedad de Bright.

ARTÍCULO X.

Entozoarios de los riñones.

1.° HIDÁTIDES DE LOS RIÑONES Ó QUISTES ACEFALO-CÍSTICOS.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La presencia en los riñones de una ó varias bolsas que contengan hidátides que encierran en sí equinococos, constituye la enfermedad en cuestion. No ofrece nada de particular la historia natural de estos productos morbosos parasitarios; los hidátides en este órgano son en un todo semejantes á los de otra cualquiera region del cuerpo (véanse las figuras que hemos dado en este tomo). El estudio de los síntomas de la enfermedad está muy adelantado, gracias á los trabajos de Rayer (1), de Davayne (2), en Francia, y de Spencer Cobbold (3), en Inglaterra.

Los acefalocísticos son raros en el hombre, y si se encuentran descritos en los autores bastantes ejemplos, creemos que han sido observados con alguna precipitacion.

§ II.—Causas.

Las causas de los quistes acefalocísticos de los riñones son muy

(1) Rayer, *Traité des maladies des reins*, t. III.
(2) Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses chez l'homme*. Paris, 1860.
(3) Spencer Cobbold. *Entozoa: an Introduction to the study of Helminthology, with reference more particularly to the internal parasites of man*. London, 1864.

poco conocidas. «Muchas veces, dice Rayer, han parecido desarrollarse á consecuencia de *caidas* ó *contusiones* en los lomos.» Solo por analogía y aplicando al hombre lo que se ha observado en el carnero, es como se puede pensar que una *mala alimentacion*, el *frio* y la *humedad* favorecen el desarrollo de esta enfermedad.

La primera causa se funda en que muchos enfermos dicen que tienen su enfermedad desde que sufrieron una violencia exterior, ó por padecer una enfermedad que tenian de tiempo anterior, y cuya violencia hizo provocar la enfermedad presente; el segundo caso no tiene visos de probabilidad.

Los hidátides no son raros en Francia, en Inglaterra y en Alemania, son mas en la India y en América. No son tan comunes en ningun pais como en Islandia, en cuyos habitantes son muy frecuentes por el gran número de perros que poseen, cuyos perros tienen la *tænia echinococcus* que depositan sus huevos por todas partes. Predispondrá, por lo tanto, á padecer la enfermedad de que estamos tratando el usar vegetales no condimentados en los cuales se pudieran haber depositado los huevecillos que pueden introducirse al comer dichos vegetales.

§ III.—Síntomas.

Es menester que los acefalocistes tengan cierto desarrollo para producir fenómenos perceptibles, pues es una de las enfermedades cuya *invasion* es latente, y que permanece en este estado mas ó menos tiempo.

Cuando los quistes acefalocísticos han adquirido un considerable desarrollo, ó son muy numerosos, los accidentes que ocasionan son muy diferentes, como lo ha hecho notar Rayer con justa razon, segun que estas producciones morbosas se hallan intactas en medio de la sustancia renal, ó que se hayan abierto paso á los conductos urinarios.

Cuando los quistes están intactos solo producen síntomas poco intensos y no muy notables. No es un verdadero *dolor* el que se observa en la region lumbar, sino la simple molestia que es consiguiente á la distension de los órganos. Sin embargo, puede muy bien suceder que así como en los acefalocistes del hígado, se inflamen los quistes y ocasionen de este modo un verdadero dolor, sin que se hayan abierto por eso en los conductos urinarios. Ya veremos mas adelante cuáles son los accidentes que ordinariamente siguen á esta inflamacion.

A consecuencia del mucho número ó del gran desarrollo de los acefalocistes, puede aparecer un *tumor* perceptible por la *palpacion* y ordinariamente doloroso; pero es raro que en semejante circunstancia no haya una inflamacion de la sustancia renal y un absceso

consecutivo, acerca de lo cual ya volveremos á hablar mas adelante. El volúmen del tumor varía desde el tamaño de una naranja hasta el de una cabeza de un adulto, presentando los caractéres generales de los tumores del riñon; pasa el cólon por delante de la parte saliente. Sin embargo, en un caso de la clínica de Nelaton dado á conocer por Béraud (1), el cólon descendente pasaba por el extremo de un quiste del riñon izquierdo, y en otro de Friaux (2) el cólon ascendente llenaba toda la longitud del borde interno de un tumor, no separado de la pared abdominal por ninguna porcion de intestino. En una observacion de Babington (3) todo indicaba la existencia de un embarazo, pues se suprimieron las reglas; además el crecimiento progresivo del vientre en la enferma, que tenia veintisiete años de edad, contribuia á hacer creer la existencia de dicho embarazo. El tumor se hizo perceptible diez y siete veces en los apuntes recogidos por Roberts.

En cuanto á la *secrecion urinaria*, nada se ha observado en ella, lo que sin duda depende de que casi nunca se manifiestan los acefalocistes en ambos riñones, y de que redoblando el riñon sano su actividad, basta para mantener esta secrecion en el estado normal. Sin embargo, es preciso conocer que no se ha estudiado suficientemente la enfermedad bajo este aspecto.

Cuando los quistes se rompen en los conductos urinarios se observan síntomas notables. Esta rotura va precedida de un *dolor renal* mas ó menos vivo y de mayor ó menor duracion, que resulta del trabajo contínuo que determina hácia la pélvis el desarrollo del quiste. Entonces tambien está con frecuencia este órgano hinchado, de manera que se le puede reconocer fácilmente por la *palpacion* convenientemente practicada. La *presion* aumenta el dolor de una manera muy notable, y esto es á lo menos lo que se verificó en muchos de los casos citados por los autores.

Se ha dicho que la *percusion* podia ser muy útil, produciendo en el tumor el *ruido hidatídico* (4), característico de la lesion que nos ocupa; pero se ha discurrido por analogía, porque no he visto ejemplo alguno de que se haya aplicado este procedimiento á la exploracion de los tumores hidatídicos de los riñones. Seguramente que se debe practicar la percusion, porque la produccion de este ruido puede ser útil para el diagnóstico; pero no se debe esperar producirle infaliblemente, puesto que hemos visto que era ineficaz la percusion en casos de tumores hidatídicos desarrollados en otros órganos. Si se quiere saber la historia y teoría completa de este fenómeno se encon-

(1) Béraud, *Hydatides des reins*, thése de Paris, 1861.
(2) *Ibid.*
(3) Babington, *Kyste hydatique du rein gauche; soupçon de grossesse*, etc. (*Med. Times and Gaz.*, 1855, t. I, p. 160).
(4) Véase tomo IV, HIDÁTIDES DEL HÍGADO.

trará muy bien descrito por Davaine (1) y por H. Meissner (2). Nos bastará hacer notar que el temblor ó *thrill* hidatídico se oye muy rara vez en el riñon. Segun Lirois, dice Beraud, refiere que el mismo Rayer no pudo percibir otra cosa en un quiste hidatídico enorme sino la fluctuacion ordinaria, y debió diagnosticar una hidronefrosis.

Los fenómenos que presenta la *escrecion de la orina* son, sin contradiccion, los mas importantes. Despues de durar mas ó menos los síntomas precedentes, se observa la *expulsion de los acefalocistes* que se encuentran en la orina. Esta expulsion se verifica de dos maneras muy diferentes, algunas veces se efectúa *sin dolor*, lo que es muy raro, sobre todo en el *primer ataque*, en el cual se produce la perforacion de las paredes de la pélvis y la irrupcion de las hidátides en el conducto urinario, lo que ocasiona ordinariamente los accidentes del *cólico nefrítico*. Cuando, por el contrario, hay ya comunicacion del foco acefalocístico con la cavidad de la pélvis, se concibe muy bien que puedan entrar las hidátides fácilmente en esta cavidad y salir de ella al exterior, sin accidente alguno, si no son demasiado grandes ó si los conductos son bastante anchos. Esta emision de hidátides, sin verdadero dolor, se ha observado casi únicamente en las mujeres. Yo he presentado hace algunos años á la Sociedad anatómica (3) un gran número de hidátides arrojadas por una mujer de treinta y cinco á treinta y seis años, que no experimentaba ningun dolor al orinar, aunque á cada emision se encontrase en la orina, durante los ataques, hasta doce ó trece hidátides del grosor de una avellana ó una nuez pequeña.

Tambien otras causas pueden dar lugar al *cólico nefrítico* en los casos de hidátides expelidas por la orina. Estos cuerpos demasiado voluminosos pueden detenerse en el uréter que atraviesan penosa y lentamente, ó bien en el conducto de la uretra, sobre todo si existe una estrechez. Entonces se presentan dolores vivos en el trayecto de estos conductos, la hiscuria, la retraccion de los testículos, el entorpecimiento del muslo, el hipo, las náuseas y los vómitos, en una palabra, repito, los síntomas del cólico nefrítico que describiré mas extensamente en uno de los artículos siguientes, y que seria, por consiguiente, inútil indicar aquí con mas extensos pormenores. Las descripciones dadas por Davaine (4), Roberts y otros observadores confirman mas ó menos lo que acabamos de decir.

Los *acefalocistes contenidos en la orina* son frecuentemente muy numerosos. Ya he citado mas arriba un ejemplo, y se encuentran otros muchos en los autores. Uno de los mas notables es el que ha

(1) Davaine, *Gazette médicale de Paris*, 1862, n.° 20.
(2) H. Meissner, *Beiträge zur Lehre von dem Vorkommen des Equinococcus und Cysticercus cellulosæ beim Menschen*, Schmidt's *Jahrbücher*, 1862, Band 116.
(3) Valleix, *Bulletins de la Société anatomique*.
(4) Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses*, Paris, 1860.

referido Weitenkanpf (1), en el cual el enfermo expelia cada vez cincuenta ó sesenta hidátides. Algunas veces no hay mas de una sola á cada emision.

Su *volúmen* varía entre el de un guisante y el de una nuez, ó á lo menos no se ha citado ningun ejemplo de hidátide mas voluminosa arrojada con la orina. Las mayores están ordinariamente vacías y opacas, lo cual es un indicio de que estaban ya enfermas, ó que se han roto hace mucho tiempo al pasar al través de los conductos urinarios. Sin embargo, no faltan algunos ejemplos de haberse arrojado vivos, y por consiguiente llenos, acefalocistes del tamaño de una nuez, como se observó en el caso citado por Weitenkanpf, que acabo de mencionar. Sin duda es difícil comprender á primera vista cómo pueden atravesar el uréter y la uretra cuerpos tan voluminosos; pero es menester recordar que estas lombrices son elásticas, que se alargan fácilmente, y que por lo mismo pueden perder gran parte de su diámetro; y se concibe que favoreciendo la dilatacion de los conductos, se efectúe su expulsion sin demasiada dificultad. Por otra parte, tampoco se deben olvidar los accidentes de cólico nefrítico que acompañan tan frecuentemente á esta expulsion. Las hidátides pequeñas se arrojan enteras, á no ser que la inflamacion las haya destruido en el quiste. Se las ve en la orina redondas, blancas, semitrasparentes y elásticas, y si se las examina con el microscopio se les encuentran los caractéres señalados por Livois (2).

La *orina* contiene además materias que acreditan que ha precedido la inflamacion á la perforacion de los conductos urinarios. En efecto, se ha encontrado en ella *sangre* despues de haber dolores violentos, una *sanies* pútrida, y finalmente *pus*; de todo lo cual resultan depósitos mas ó menos abundantes que son fáciles de reconocer en su aspecto, y que se distinguen todavía mejor por medio del microscopio que facilita ver los glóbulos sanguíneos y purulentos.

Los fenómenos que se acaban de describir no se producen de un modo contínuo. Generalmente despues de uno, dos ó tres dias cesa la orina de contener acefalocistes, y solo persisten los síntomas que hemos dicho pertenecian á las hidátides que han quedado intactas en la sustancia renal: tales son la *incomodidad ó estorbo en la region lumbar*, una *desazon general*, *mayor ó menor tristeza*, y la *demacracion lenta*. A estos síntomas es necesario agregar en bastantes casos la existencia de una *materia saniosa* y *purulenta en la orina;* porque si el foco cesa de dar salida á los acefalocistes, arroja por lo menos el producto purulento de la secrecion de sus paredes. Sin embargo, algunas veces desaparecen todos los síntomas y el enfermo parece recobrar la salud, cuando al cabo de un tiempo variable, y que no puede exceder de quince dias á un mes, se reproducen los mismos

(1) Weitenkampf, *Provin. Sanitäts-Berichte*, etc., 1835.
(2) Véase HIDÁTIDES DEL HÍGADO.

accidentes, y los acefalocistes son nuevamente arrojados con la orina.

Se hace, sin embargo, esperar la recaida algunos años generalmente. En una observacion de Tomowitz (1), el segundo ataque no sobrevino sino á los tres años; en otra de Quinquerez (2) despues de siete años. En un enfermo de Zinkeisen (3) volvieron á aparecer los ataques por haber abusado de bebidas alcohólicas y del café. Tambien puede obrar como causa ocasional el ejercicio excesivo á caballo.

Quistes hidatídicos que se abren al exterior.—En algunos casos no sucede lo que acabamos de mencionar, sino que se observan fenómenos semejantes á los que hemos descrito al tratar de las hidátides del hígado, cuando se abre al exterior el foco hidatídico. El trabajo de perforacion que hemos visto efectuarse hácia la pélvis se hace en la superficie del riñon. En semejante caso la inflamacion es ordinariamente considerable, se extiende bien pronto á las membranas renales y al tejido celular abundante que cubre al riñon por detrás. El *dolor* se hace vivo y contínuo, regularmente pulsativo, como en todos los casos en que existe una inflamacion supuratoria. Bien pronto el punto de la region lumbar correspondiente á la afeccion se pone hinchado, pastoso y de color rojo oscuro. Los límites de estas alteraciones no son bien circunscritos, y por último, se acaba á veces por percibir una fluctuacion profunda; pero solo la pastosidad edematosa puede ser el único signo con que se pueda conocer la formacion del pus. En la obra de Rayer (tomo III) se encuentran dos ejemplos notables de estos *abscesos acefalocísticos*, que han sido extractados de la *Biblioteca médica* (4). En el primero de estos dos casos, referido por el doctor Jannin, cirujano en Vallieres, habiéndose practicado la abertura del absceso por medio de un instrumento cortante, salió de él una multitud de hidátides; en el segundo se hizo la abertura expontáneamente despues de muchos años de dolor y de hinchazon lumbares.

Los *síntomas generales* que acompañan á esta inflamacion del foco y á esta supuracion de los riñones no siempre son tan intensos como se podria suponer. En efecto, en los dos casos que acaban de citarse apenas ha habido una leve alteracion de la salud aun despues de la abertura del tumor. Sin embargo, es mas comun observar el movimiento febril que acompaña á las supuraciones abundantes.

Ya hemos visto anteriormente (5) los síntomas con que se *termina la enfermedad* cuando la degeneracion completa de los riñones ocasiona la muerte. En aquellos casos en que son arrojadas las hidá-

(1) Tomwitz, *Hydatides du rein gauche* (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1861, t. XI).
(2) Quinquerez, *Œsterr. Zeitschrift für prakt. Heilkunde*, 1861, VII.
(3) Zinkeisen, *Wiener med. Wochenschrift*, 1862, t. XII. Véase aussi Schmidt's *Jahrbücher*, Band 116, S. 200.
(4) Rayer, extraits de la *Bibliothèque médicale*, 1805, t. X; 1814, t. XLIII.
(5) Véase tomo IV, QUISTES SIMPLES DE LOS RIÑONES.

tides al exterior, ya por la orina, ya abriéndose paso al través de las paredes lumbares, se ve regularmente calmarse todos los síntomas despues de la expulsion de mayor ó menor cantidad de estos gusanos. El estorbo en la region renal y el tumor si era perceptible disminuyen visiblemente; la escrecion de la orina es mas fácil, ó bien la supuracion de la úlcera exterior es menor, deja de ser saniosa y no contiene hidátides; vuelve el apetito, la alegría y las fuerzas, y el enfermo se cura en breve. Esta mejoría es por lo regular mucho mas marcada desde su principio que la que aparece en el intervalo de los ataques en los casos de expulsion de las hidátides por la orina, lo que puede dar á conocer que no hay que temer ya accidentes graves. Sin embargo, se concibe que nada hay de positivo en esta induccion, puesto que, como he manifestado, puede suceder que desaparezca todo fenómeno morboso, aunque se prepare para una época mas ó menos remota una nueva expulsion de acefalocistes por las vias urinarias.

Algunas veces se ha visto tambien *inflamarse el tumor sin abrirse* en la pélvis, ni en la superficie externa del riñon, y presentarse síntomas mas ó menos intensos (dolor, fiebre, etc.), despues disminuir y desaparecer al cabo de mas ó menos tiempo, y volver todo al órden acostumbrado. En semejantes circunstancias el quiste se estrecha poco á poco y acaba por obliterarse. Tambien se han visto enfermos que presentaban durante un tiempo variable dolores renales poco intensos y mal caracterizados que acabaron por disiparse; siendo probable que en cierto número de estos casos hayan existido quistes hidatídicos que se han terminado por las incrustaciones calcáreas que indicaré mas adelante.

Por último, se han citado observaciones en que el foco hidatídico se ha abierto en otras vias para dirigirse al exterior (en los intestinos, en el estómago y aun en las vias respiratorias). En estos casos excepcionales sucede lo mismo que hemos señalado varias veces en los abscesos del hígado, del bazo, etc., y que, por consiguiente, es inútil indicar aquí. Roberts, y despues Flekles, cita el caso de una mujer que despues de haber arrojado hidátides por la uretra, hizo lo mismo por medio del vómito. En dos casos de abertura del quiste en el pecho determinaron un éxito fatal.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de la enfermedad es ordinariamente muy lento. En un principio es imposible conocerla, puesto que la lesion no da lugar á ningun síntoma. Cuando sucumben los enfermos, las hidátides han quedado intactas en la sustancia renal, el curso de la enfermedad es mucho más rápido hácia el fin, en la época en que se ha podido llegar á diagnosticar el mal, ó á lo menos á sospecharle. Cuando los hidátides son arrojados con la orina, el curso de la afeccion es

notable por esta especie de ataques que he indicado muchas veces. Cuando el foco se abre al exterior por las paredes lumbares, el curso se hace agudo durante el período de supuracion; despues, cuando se ha abierto ya, la supuracion se prolonga mucho tiempo. Por último, cuando la perforacion hace comunicar el foco con otra cavidad diferente de la del riñon, se pueden observar fenómenos intermitentes análogos á los que he descrito al hablar de su abertura en los conductos urinarios.

La enfermedad puede durar años enteros, y los hechos de que tenemos noticia prueban que esta *duracion* es siempre muy larga. Se han visto enfermos dar restos de equinococos durante treinta años; la curacion se hace cada vez mas probable cuanto mas tiempo pasa entre ataque y ataque.

Ya hemos visto que la *terminacion* era fatal en algunos casos en que no hallando salida las hidátides al exterior, é invadiendo entonces todo el órgano, debia hallarse sumamente dificultada la secrecion urinaria. Por el contrario, en los casos en que son arrojadas estas lombrices, bien por las vias urinarias, bien por una abertura de los lomos, es muy frecuente la curacion, á lo menos si se atiende á los casos de que tenemos noticia. En los 61 casos recogidos por Roberts se obtuvo curacion completa 20 veces, continuaron dando hidátides 16 enfermos y 19 murieron, siendo desconocida la terminacion en seis casos. Pudieron, sin embargo, ser atribuidos nueve de los casos desgraciados á otras enfermedades que padecian además dichos sugetos (como la tísis, cáncer, etc.), los diez restantes estaban complicados con vexículas en el tórax y en el abdómen. En una observacion debida á Blackburn, el riñon izquierdo tenia un quiste hidático encerrando su base un cálculo bastante grueso, con la particularidad que dicho sugeto no tenia congénitamente el riñon derecho, lo determinó esto con facilidad la retencion de las orinas y la muerte. Sin embargo, no pretendo presentar esta conclusion como muy positiva, porque seria muy posible que no se hayan publicado muchos casos en que no haya habido curacion, al paso que se han apresurado á dar á conocer los que han tenido una terminacion feliz; solo queria hacer notar que la terminacion por la curacion en los casos particulares de que se trata, no es tan rara como dice Boyer (1).

§ V.—Lesiones anatómicas.

Generalmente no se encuentran los acefalocistes sino en uno solo de los riñones; y como advierte Rayer, «en la cavidad del quiste los acefalocistes son casi siempre múltiples.» Hé aquí cómo el mismo

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, 4.ª édition, t. VIII, p. 541.

autor describe en general la bolsa renal que constituye el quiste. «Está formada: primero, por las sustancias renales, atrofiadas y anémicas, visibles y distintas todavía en algunos puntos, y en algunos otros reducidas á una simple trama celulosa infiltrada en varios puntos de una materia amarillenta accidental, y que forma una especie de membrana agrisada al exterior y amarillenta al corte; segundo, por un verdadero quiste de paredes consistentes y fibrosas, cuya superficie interna, un poco desigual y amarillenta, presenta por porciones bridas celulosas mas densas que las paredes, con depresiones unas anchas y profundas, y otras mas pequeñas y digitiformes.

»En contacto con esta superficie, pero sin ninguna adherencia con ella, se encuentra (cuando no se ha verificado ningun trabajo de desorganizacion en el interior del quiste) una gran bolsa blanda y membranosa, cuyas paredes están formadas de una sustancia particular, diáfana, semejante á la clara de huevo medianamente cocida, ó mejor á la clara de huevo coagulada por la potasa cáustica. Esta sustancia, que es muy elástica, puede alargarse hasta cierto punto sin romperse, y entonces, abandonada á sí misma, presenta un temblor notable.

»Esta sustancia, que algunas veces es amarillenta, tiene ordinariamente un color blanquecino, con una ligera tinta azulada; pero cualquiera que sea su color á la luz refleja, esta materia es constantemente de un hermoso color amarillo de limon á la luz refractada. Esta bolsa membranosa (*acefalociste madre* de algunos autores) puede separarse en muchas hojas, como si estuviese compuesta de capas sobrepuestas.»

Por esta descripcion se ve que los quistes acefalocísticos de los riñones no se diferencian de los que hemos encontrado en otros órganos, y lo mismo sucede con las hidátides que contienen. En ellos se hallan estas lombrices á veces en número muy considerable y de diversos tamaños. Cuando las hidátides están sanas, son redondas y muy elásticas; pero si se encuentran alteradas por la inflamacion, están vacias, marchitas y nadando en pus. Además de esto se ven las adherencias con la pélvis que preceden á la perforacion, y á veces una retraccion del quiste que le hace irregular. A veces tambien se incrusta este quiste de una materia cretácea que se apodera igualmente del lugar que ocupaban los acefalocistes, y estos están mas ó menos completamente destruidos; pero no se debe confundir la incrustacion cretácea con las granulaciones que se observan en las paredes del quiste no alterado.

No insisto mas sobre estas alteraciones que no nos presentarian nuevas consideraciones importantes. Unicamente diré que unas veces se encuentran pequeños quistes aislados, como una reunion de muchos quistes, y que á veces está el riñon lleno de ellos, de donde resulta una deformidad muy considerable y gran aumento de volúmen de este órgano.

Segun Davaine (1), «ordinariamente solo es afectado uno de los riñones. El quiste generalmente es único mientras que los hidátides son casi siempre múltiples en la cavidad del quiste. Las paredes de este son consistentes y fibrosas, algunas veces fibro-cartilaginosas ó cretáceas, su contenido puede sufrir trasformaciones muy variadas. La cavidad hidatídica, al trasformarse, se detiene en ocasiones en su crecimiento, sufriendo una retraccion considerable en su volúmen, que suele ser causa de curacion. Pero no suele suceder esto, sino que su crecimiento no se detiene y llega á formar un tumor considerable que produce una distension general ó parcial del riñon, y la atrofia mas ó menos completa de la sustancia de este órgano. La parte del riñon ocupada por un quiste hidatídico tiene un color amarillo de gamuza: entonces está la pélvis confundida con el quiste por pseudo-membranas organizadas y por las que serpentean gran número de vasos. Por medio de un corte del tumor se puede ver lo siguiente: por el exterior está formado por sustancia renal anémica y atrofiada, muy distinta en algunos puntos, estando reducida á una simple trama celulosa infiltrada por un lado, y por otro de una materia amarilla accidental, en el interior se ve un quiste de paredes resistentes cuya superficie interna es desigual y amarilla y ofrece bridas celulosas mas apretadas que las paredes. Los quistes de que estamos tratando, pueden existir mucho tiempo sin producir lesiones en su alrededor, pero acaban casi siempre por causar una inflamacion ó ulceracion de las partes inmediatas y concluyendo por perforarse; algunas veces salen al exterior en la region de los lomos, y en ocasiones llegan sin duda á entrar en el intestino, aunque en este último caso es difícil que nosotros podamos hacer una observacion cierta, penetran otras veces en el pecho y se abren en los bronquios. En estos diferentes casos los hidátides se abren por una fístula lumbar siendo espectorados por los esfuerzos de la tos, es muy frecuente que los hidátides de los riñones contraigan adherencias con las paredes de la pélvis y se abran en su cavidad.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* de esta afeccion es sumamente difícil hasta el momento en que las hidátides son arrojadas al exterior por una via cualquiera. La existencia de un tumor con incomodidad en la region lumbar está lejos de bastar para reconocer la presencia de los quistes acefalocísticos. Sin embargo, si no ha habido dolor en los miembros inferiores, ni retraccion del testículo, ni movimiento febril como en la nefritis, ni hematuria coma en el cáncer, ni cólico nefrítico como en los cálculos renales, entonces se puede sospechar la existencia do los quistes de los riñones, pero no se debe olvidar que puede ha-

(1) Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme*. Paris, 1860, p. 524.

ber *quistes simples* en estos órganos, y si no se arrojan hidátides no se puede decir nada de exacto acerca de la naturaleza de la afeccion.

Cuando el tumor ocupa el riñon derecho, se puede creer que existen *quistes acefalocísticos del hígado*. En semejante caso es preciso tener en consideracion el sitio del tumor, que es mas inferior y mas posterior en las hidátides de los riñones, y la falta ó la existencia de la ictericia.

Cuando se arrojan acefalocistes con la orina, se puede dudar todavía si estos cuerpos vienen de un foco próximo á la vejiga y abierto en este órgano; pero el dolor que ha debido preceder en los lomos, la palpacion de la region lumbar, y para contraprueba la del hipogástrio, proporcionarán datos que dirigirán al médico en su diagnóstico. Birkett (1) ha encontrado un quiste hidatídico entre la vejiga y el recto en un enfermo que habia arrojado hidátides al hacerle el cateterismo de la vejiga. Rayer refiere el caso de un tumor parecido en la fosa ilíaca izquierda, el cual se abria en el recto con expulsion de vesículas al deponer y salida de pus por la uretra. En otros casos de la misma enfermedad han sucumbido los enfermos. Roberts lo ha hecho constar de una manera positiva, y para reconocerle aconseja la exploracion por el recto ó la vagina en las mujeres.

Por último, cuando se forma en la region lumbar un tumor que presenta fluctuacion, se puede dudar si se trata de hidátides ó de un *absceso* debido á una simple inflamacion de los riñones. Pero si no se ha olvidado por los abscesos de los riñones son casi constantemente ocasionados por la presencia de cálculos renales, se verá que es difícil caer en error sobre este punto. El cólico nefrítico causado mas ó menos frecuentemente por los cálculos y la expulsion de arenillas por la orina, bastarán para dejar la idea de un absceso producido por una inflamacion simple.

Pronóstico.—Ya se ha visto anteriormente al hablar de la terminacion de la enfermedad que yo no consideraba el pronóstico tan desfavorable, como parece serlo, ateniéndome á lo que dicen varios autores y particularmente Boyer. Estudiando los hechos, Rayer ha llegado á la misma consecuencia. Hé aquí cómo expresa este punto: «A juzgar por el curso de la enfermedad, en la mayor parte de los casos de quistes acefalocísticos de los riñones que se han publicado hasta el dia, el pronóstico de esta especie de tumores seria generalmente menos grave que el de los tumores renales formados á consecuencia de las pielitis. Cosa notable: los quistes acefalocísticos de los riñones tienen, como los quistes acefalocísticos que se desarrollan en los demás órganos, gran tendencia á inflamarse, perforarse y retraerse cuando están completamente vacíos. Así, pues, no son muy raros los ejemplos de curacion de los tumores renales, despues de la evacuacion de hidátides por las vias urinarias; pero no es posible

(1) Birkett, *Medical Times and Gazette*. London, 1855, t. I, p. 161.

prejuzgar la época en que se verificará semejante evacuacion en un caso dado.»

De todo esto resulta que la evacuacion de las hidátides, ya por la orina, ya, como es fácil convencerse recordando los hechos citados, por una abertura en la region lumbar, es en igualdad de circunstancias lo que debe hacer el pronóstico menos grave.

La facultad de arrojarse expontáneamente los quistes es especial al riñon, y manifiesta la presencia de acefalocistes en este órgano, que es menos grave que el mismo accidente en cualquiera otra víscera, como por ejemplo, el útero. Se desenvuelven entre la cápsula y la glándula al mismo tiempo en la sustancia cortical, los quistes tienen tendencia á formar un tumor que crece progresivamente cuando están afectadas las pirámides. Agrava el pronóstico una obliteracion de la pélvis ó de la uretra.

§ VII.—Tratamiento.

Es menester establecer con Rayer una division esencial para el tratamiento. En efecto, es diferente segun que los quistes están *intactos*, *inflamados*, *abiertos en la pélvis*, *próximos á abrirse*, ó bien *abiertos al exterior* al través de las paredes lumbares. Oigamos ahora cómo se debe obrar en estas diversas circuntancias.

1.° *Cuando el tumor está intacto y no existe todavía inflamacion* en la superficie del riñon y en el tejido circundante, los autores son de opinion de no emplear ningun medio muy activo, y se puede añadir que esta recomendacion es generalmente inútil, en atencion á que muchas veces es imposible formar el diagnóstico, ó que el enfermo no consulta al médico sino en una época en que las hidátides son expelidas por la orina ó han ocasionado la inflamacion de las partes inmediatas. Sin embargo, se han propuesto algunos medios que pudieran aplicarse á los casos en que se sospechará la presencia de los acefalocistes en los riñones.

Uno de los principales es la *trementina*. El doctor Moreau, médico en Vitry le Français, ha referido un caso (1) citado en seguida por Rayer, y en el cual ha creido poder atribuir la curacion á la trementina. Pero no se trata en esta observacion de un tumor que hubiese quedado intacto, puesto que el enfermo habia arrojado hidátides con la orina. Sin embargo, se haria fácilmente aplicacion del remedio á los tumores que no se han roto, si se pudiese ver en este hecho otra cosa que una coincidencia.

La idea de recurrir al uso de la trementina ha sido inspirada por el conocimiento de sus propiedades tenífugas, pero es una conclusion poco lógica el recurrir á los remedios empleados contra los parásitos que ahora están fuera del tubo intestinal. Pero un solo hecho,

(1) Moreau, *Bibliothèque médicale*, Setiembre de 1820.

¿no es del todo insuficiente cuando sabemos que la simple expulsion de las hidátides por las vias urinarias es frecuentemente seguida de la curacion? Y aun cuando no se hubiera verificado esta expulsion, no se la podria tampoco atribuir de un modo absoluto al uso de la trementina, puesto que está demostrado que los tumores hidatídicos pueden, sin romperse, marchitarse, incrustarse, llenarse de una materia cretácea, atrofiarse y acabar por cicatrizarse ó por no formar mas que núcleo fuerte, cuya inocencia ha manifestado la experiencia. Bástenos, pues, saber que el doctor Moreau ha dado el *aceite esencial de trementina á la dosis de* 80 *centigramos* (16 gotas) *cada dia en cuatro tomas*.

En el artículo que he dedicado á las *hidátides del hígado* se pueden ver los diversos medios internos dirigidos contra estas lombrices vexiculares y las reflexiones que he hecho sobre este tratamiento, y será fácil hacer aplicacion á las hidátides de los riñones. Aquí me limitaré á enumerar dichos medios, que son: los *desobstruentes*, los *fundentes*, los *purgantes*, los *vomitivos*, los *calomelanos*, los *diversos antihelmínticos*, el *agua de mar* y las *preparaciones de iodo*. Boyer juzga esta medicacion de la manera siguiente: «Los vermífugos, dice, y el mismo mercurio que el doctor Baumes considera como dotado de la propiedad de destruir las lombrices vexiculares ó á lo menos de favorecer su expulsion, son remedios sobre cuya eficacia se puede contar poco; no obstante, se puede recurrir á ellos cuando nada contraindique su uso.»

Es verdad que se encuentra entre los hechos citados por Rayer una observacion de Aulagnier (2), en la cual parece ha atribuido el autor al tratamiento mercurial la expulsion de las hidátides; pero sabemos que la perforacion de la pélvis del riñon y la salida de los acefalocistes por esta via son un hecho frecuente en casos en que no se ha prescrito ningun tratamiento mercurial, y nada prueba en la observacion que este tratamiento haya realmente favorecido la expulsion de las lombrices vexiculares. ¿Ha sido ilusionado por una simple coincidencia? Babington, en el mencionado caso, ha querido favorecer el resultado por medio del ioduro de potasio. Un enfermo de Beraud arrojaba vexículas cuando hacia uso del vino blanco ó de bebidas nitradas. Se ha ensayado en el tumor la electro-puntura.

Nunca se ha practicado la *abertura del tumor* como se ha hecho en las *hidátides del hígado*, en casos en que todavía no habia aquel ocasionado una inflamacion supuratoria de la superficie del riñon y de las partes adyacentes. Roberts admite la posibilidad de esta operacion, pero no dice que él la haya hecho. Sin embargo, se concibe que si en un caso dado presentase el diagnóstico bastante certeza, se podria recurrir á esta operacion, á fin de sustraer al enfermo de la contingencia de algunos accidentes, como los del *cólico nefrítico* pro-

(2) Aulagnier, *Journal général de médecine*, t. LVI, 1816.

ducido por el paso de las hidátides gruesas por los conductos urinarios, ó como la rotura del quiste en el peritoneo, lo que felizmente es muy raro. Las reflexiones que sobre este punto ha presentado Rayer son demasiado importantes para que deje de reproducirlas en este lugar. «Si el tumor enquistado está *intacto*, dice, y se ha llegado á reconocer bien que está formado por un quiste acefalocístico, se le podria *abrir* por medio *de una incision* y *de los cáusticos*, como se ha indicado al tratar de los tumores formados á consecuencia de la pielitis; pero generalmente es preferible esperar á que el tumor se abra expontáneamente en la pélvis y en los cálices. Esta práctica se ha aplicado con un éxito feliz, indisputable, á los quistes acefalocísticos del hígado, y ciertas objeciones hechas contra la nefrotomía, practicada con el objeto de extraer un cálculo, no son aplicables á los quistes acefalocísticos de los riñones. Así, pues, el quiste es casi siempre, si no siempre, único; está inmediato á la superficie del riñon; por esto la inflamacion es mas bien saludable que perjudicial, etc., y la operacion presentaria por sí misma poco peligro, á no ser que el enfermo fuese muy grueso.»

Estas razones parecen militar en favor de la operacion; pero Rayer termina repitiendo que es mejor, en general, esperar á que se abra en la pélvis del riñon; de suerte que está la cuestion por decidir, y no podrá resolverse sino por la experiencia, ó á lo menos es necesario mirar á la operacion como aplicable solamente á casos particulares que es muy difícil precisar aquí. En cuanto al procedimiento operatorio ya hablaré de él al tratar de la *pielitis calculosa*.

Cuando el tumor, no habiendo todavía sufrido ninguna rotura, ha producido la inflamacion del tejido que rodea el riñon, se puede intentar la operacion aun con mas atrevimiento; pero no se debe vacilar en recurrir á ella cuando se ha formado un verdadero *absceso* fácil de reconocer en la fluctuacion profunda, ó á lo menos en la pastosidad edematosa de la superficie lumbar correspondiente al tumor.

Entonces es necesario recurrir á la *incision*, como en los abcesos ordinarios; pero como se trata de un foco situado frecuentemente á gran profundidad, no se debe hacer de un golpe una incision que penetrase hasta la bolsa hidatídica, sino que es mucho mejor, despues de haber dividido las capas superficiales, explorar con el dedo las capas profundas, para averiguar siempre si existe fluctuacion antes de dividirlas sucesivamente. El hecho referido por el doctor Janin es un ejemplo del poco riesgo que ofrece esta operacion en semejantes circunstancias.

Cuando hay perforacion de la pélvis del riñon y expulsion de las hidátides por las vias urinarias, se aconseja favorecer esta expulsion por medio de los *diuréticos*, y esta práctica es demasiado sencilla para que sea necesario insistir en ella. Pero ya hemos visto anteriormente que la dificultad del paso de los acefalocistes por un conducto estrecho puede dar lugar á ciertos accidentes. Cuando las hidátides

se han detenido en el uréter se observa el *cólico nefrítico;* entonces es necesario insistir en los *diuréticos* y prescribir los narcóticos, y particularmente el *opio*, para calmar los dolores, que no cesan del todo hasta haber salido las lombrices vexiculares del conducto demasiado estrecho que deben atravesar. «Si un acefalociste *introducido en la uretra*, dice Rayer, obstruyese completamente este conducto, se facilitaria su expulsion dislacerando ó perforando la vexícula que forma este gusano, como ha hecho Brachet en un caso.»

Un enfermo de Lettsom (1) ayudaba la salida de las vexículas haciendo presiones de la base al vértice del miembro; — una mujer las atraia por medio de los dedos. (Roberts.)

Por último, si se abriese *el quiste en el peritoneo*, se opondrian á la *peritonitis sobreaguda*, que seria su consecuencia, los medios enérgicos que se han indicado al tratar de esta enfermedad (2).

2.°—ESTRÓNGILO JIGANTE, ESPIRÓPTERO, DACTYLIUS ACULEATUS.

Estróngilo jigante.—Esta especie de lombriz, que se encuentra rarísima vez, puesto que Rayer ha examinado tres mil riñones de hombre y mas de quinientos riñones de perro sin descubrirle, se halla, sin embargo, con mucha mas frecuencia en este animal que en el hombre. Tiene cierta semejanza con la *ascáride lumbricoide*, con la cual se ha confundido muchas veces. Hé aquí sus caractéres tales como los ha descrito Rayer. «Cuerpo cilíndrico, elástico, adelgazado en sus dos extremidades, con la cola del macho terminada en una bolsa, de cuya parte media sale un solo miembro genital.»

El estróngilo gigante *(Strongylus gigas*, Rudolfi) pertenece al género de los gusanos nematoides. Habita sobre todo en el riñon y en las vias (fig. 68) génito-urinarias, es muy comun en la América



Figura 68.—Estróngilo jigante blando procedente de un perro seminatural.—*a* Cabeza.—*a a* Esófago, *á b* intestino.— *d d d* Tubo genital que empieza cerca del ano, donde está fijo.—*e e* Tegumento.—*f* Bolsa caudal.—*g* Pene. (Davaine, p. 271.)

(1) Lettsom. *Évacuations répétées de vésicules hydatiques par l'urine; tumeur dans la région lombaire gauche. Guérison* (*Memoirs of the medical Society of London*, vol. II, p. 32).

(2) Véase tomo IV, PERITONITIS POR PERFORACION.

del Norte, en el perro, el lobo, el caballo, el buey y otros animales.

De diez y siete casos recogidos en el hombre, Davaine no acepta como verdaderamente tales sino siete. La verdad es que no se poseen observaciones recientes, lo que hace creer que las observaciones antiguas se referian á verdaderas lombrices que se habian introducido de los intestinos á las vias génito-urinarias.

Nada se sabe acerca de las *causas* de esta produccion morbosa viviente. En cuanto á los *síntomas*, son los de la inflamacion del riñon, y sobre todo de la inflamacion de la pélvis. En los casos citados por los autores, estas lombrices fueron expelidas con la orina. Sin embargo, algunas veces dan lugar á la inflamacion del riñon, la cual se comunica á los tejidos circundantes, de lo que resulta un absceso lumbar, por cuya abertura son arrojadas estas lombrices. En algunos casos, de lo cual es un ejemplo bien notable la primera observacion de Rayer (1), tomada del doctor Moublet (2), hubo á la vez expulsion de estas lombrices por la orina y por un absceso abierto en los lomos.

No necesito describir síntomas en los casos que haya tumor inflamatorio, pues al parecer no se diferencian de los que hemos encontrado en los casos análogos de los acefalocistes, mas que en la mayor violencia de su dolor, como se puede juzgar por los ejemplos siguientes.

El doctor Aubinais (3) ha referido un caso de estróngilo jigante observado en un hombre de cincuenta y siete años. Los síntomas fueron un dolor renal urente que se irradiaba hácia la vejiga, vómitos y fiebre. Los únicos medios que procuraron algun alivio fueron el opio á altas dósis, el agua destilada de laurel real, el éter sulfúrico y la esencia de trementina. El enfermo murió despues de tres años de padecimientos atroces. En la autopsia se encontró el riñon flácido, irregular, abollado, y contenia un entozoario todavía vivo, rojo, del grueso del dedo meñique de un niño de tres años, y algo menos de seis pulgadas de largo.

Otro caso bien notable es el observado por el doctor Arlaud (4) en una joven de veintiseis años. En el espacio de dos años la enferma arrojó gran número de estos animales, en medio de accidentes muy variados y de vivos dolores. Varias veces se detuvieron estas lombrices en el conducto de la uretra, y fué preciso extraerlas con las pinzas de Hunter ó con las de tres ramas. Una vez extrajeron las pinzas un tubo membranoso de paredes resistentes, que Segalas, que informó acerca de la Memoria de Arlaud, reconoció ser la cubierta membranosa de un estróngilo muy voluminoso; finalmente, otras veces cuerpos de textura fibrosa y carnosa, de los cuales uno representaba

(1) T. III, p. 732.
(2) *Jorn. de méd. et de chir.*, Julio de 1758.
(3) *Journ. de la Société de méd. de la Loire-Inférieure*, entrega 116.ª, 1846.
(4) Arlaud, *Observation de strongles géants sortis des voies urinaires d'une femme (Bulletin de la Acad. de médecine.* París, 1846, t. XI, p. 446.)

el segmento trasversal de un conducto de 4 centímetros (20 líneas) de diámetro, y que el informante cree ser un resto de un órgano inmediato al riñon, ó del mismo riñon, pero acerca de lo cual no se atreve á fallar definitivamente.

Los principales síntomas que presentaba la enferma eran hematurias frecuentes, dolores vivos en la region del riñon derecho, en el trayecto de los uréteres, en la vejiga, en el miembro abdominal derecho, y un estado general de padecimiento y de extenuacion con alternativas de alivio y de agravacion, y fenómenos nerviosos variados.

En cuanto á los casos en que son arrojados los estróngilos por la orina, su entrada en el uréter puede ocasionar los accidentes del *cólico nefrítico.*

El *tratamiento* del estróngilo, que no da lugar á la formacion de abscesos, debe buscarse en los medios *antihelmínticos* que he indicado (1). Los *abscesos* producidos por estas lombrices deben abrirse como los que resultan de los acefalocistes. Por último, *cuando se detienen* los *entozoarios en el conducto de la uretra* es menester *extraerlos* con las pinzas de Hunter ó las de tres ramas, como lo ha hecho Arlaud.

No es de ninguna manera inútil el que los médicos estén prevenidos para las causas de error producidas por las rarezas patológicas por el género estróngilo. Así que se va á leer al cabo de seis años la relacion del caso recogido por Arlaud. Un gusano que una mujer habia arrojado por la uretra ó la vagina se le envió á Charles Robin, y fué examinado por este observador, y dijo que lo que se creia un gusano no era otra cosa que un intestino de pichon (2). Semejantes sofisticaciones deben herir la susceptibilidad de los médicos.

Distoma Hæmatobium.—Ya hemos dicho anteriormente cómo puede ser reconocido en las vias biliares, así como el *distoma hepático. El distoma hæmatobium*, Bilharz, *Bilharcia hæmatobia*, Cobbol, llamado así en honor del sabio que le descubrió, es un entozoario del género de los *Trematodos* (fig. 69), macho y hembra, son alargados, de consistencia blanda, y que se encuentran en las ramas de la vena porta, en las venas de las vias urinarias y en la vejiga (3).

Es muy comun en los egipcios, en los que ha encontrado Griesinger (4) 117 veces en 363 autopsias, y en el Cabo de Buena-Esperanza, que hizo notar John Harley (5). La hematuria de la isla de Mau-

(1) (Véase LOMBRICES INTESTINALES.
(2) Charles Robin, dans Davaine, *Traité des entozoaires*. Paris, 1860, p. 285 (en una nota).
(3) Bilharz, *Ein Beitrag zur Helminthographia humana, nebst Bemerkungen*, von C. Th. von Siebold (*Zeitschrift für wissensch. Zoologie*, Band IV, 1853).
(4) Griesinger, *Beobachtungen über die Krankheiten von Egypten* (*Archiv der physiolog. Heilkunde*, 1854, p. 561).
(5) John Harley, *Endemic Hæmaturia of the cape of Good Hope* (*Med.-chir. Transactions*, vol. XLVII, p. 55).

ricio puede por lo tanto reconocer la misma causa. Se ha pensado que el distoma llena la fase *intermediaria* de su desarrollo en el cuerpo de moluscos ó de peces de agua dulce, de donde resultaria una indicacion preventiva, y es el filtrar el agua destinada para bebida usual en los paises en cuyas aguas existe este parásito, así como el abstenerse de comer moluscos y pescados no condimentados, y que hayan sufrido una elevada temperatura.



Figura 69.—Distoma hematobium macho y hembra fuertemente engrosados.—*a b* La hembra contenida en parte en el conducto ginecóforo.—*a* Extremidad anterior. — *c* Extremidad posterior. —*d* Cuerpo visto por trasparencia en el conducto.—*e f g k i* El macho.—*c f* Conducto ginecóforo entreabierto por delante y por detrás de la hembra que ha sido extraida en parte de su posicion. —*g h* Límite hácia el dorso de la depresion de la cara vental que constituye el conducto.—*i* Ventosa vucal.—*k* Ventosa ventral.—Entre *i* y *h* el tronco.—Por detrás de *h* la cola.—(Bilharz) (2).

Griesinger dice que la hematobia se manifiesta con síntomas muy graves: la deterioracion progresiva de la constitucion prepara la invasion de una neumonía ó de una disentería fatal, ó síntomas tíficos de marcha rápida por la descomposicion de los cadáveres de los parásitos en el organismo, causando directamente la septicemia, sea que estos animales ó sus huevos, penetrando con la sangre en los órganos esenciales, así que se han encontrado en el ventrículo izquierdo; ó bien ayudan á los fenómenos de la uremia. Localmente se manifiestan signos de pielitis, y frecuentemente determinan una enfermedad ligera de la vejiga; todo con hematurias repetidas é inexplicables en el estado normal. Se encuentran huevos del distoma en la orina.

El parásito afecta la pélvis del riñon, los uréteres, y sobre todo la vejiga, determinando sobre la mucosa urinaria manchas equimóticas del tamaño de una lenteja, recubiertas de moco ó de una exudacion gris amarillenta, debajo de la cual se encuentran montoncitos de huevos. Despues las manchas se hacen fungosas y sanguinolentas, incrustándose mas tarde las sales de la orina, arenillas mezcladas con los huevos y con las concreciones sanguíneas. Este estado tambien puede atacar á los tumores condilomatosos, cuya mucosa está rara vez intacta, frecuentemente inyectada, adherente ó completamente destruida. En la uretra pueden estas modificaciones anatómicas producir la obliteracion del conducto, la dilatacion por debajo del obstáculo, y la hidro-nefrosis ó inflamacion y la pielitis. Griesinger ha hecho notar en un caso la dilatacion del riñon, que estaba con-

vertido en un vasto foco purulento, así como la destruccion del tejido propio del órgano. Los montones de huevos son frecuentemente el núcleo de cálculos. Es frecuente esta enfermedad en el Egipto.

Pentastoma denticulado *(Pentastoma denticulatum*, Rudolphi.—Es un pequeño gusano cístico, oblongo, que tiene dos pares de ganchos, parecidos á los de los equinococos, está desprovisto de órganos sexuales. Davaine le considera como una larva del *Pentastoma tenoide*, que se encuentra en los senos frontales del perro y del caballo.

Solo se ha encontrado una vez en los órganos urinarios: habiendo hecho la autopsia de un pintor de sesenta y dos años de edad, que murió de la enfermedad de Bright, Wagner encontró en el borde convexo del riñon derecho una pequeña placa blanquecina, ligeramente elevada, oval, de apariencia fibrosa y de unos 4 milímetros de largo próximamente: estaba sobre la cápsula, y era un quiste que contenia una masa amarillenta, en la que se encontró un gusano, que fué conocido con el nombre de *Pentastoma denticulatum de Rudolphi*.

Este parásito es frecuente en la superficie del hígado, y ha sido demostrado en los animales domésticos por Zenker, Heschl, Virchow, Wagner y Frerichs.

Diversos parásitos.—Despues de haber leido lo que sigue, se notará que nosotros no hemos hecho sino indicar los casos posibles de entozoarios sospechados, descubiertos ó por descubrir, cuyos datos hemos sacado de la obra de Roberts (1). «El *Spiroptera hominis* de Rudolphi (2), el *Diplosoma crenata* de Farre (3), y el *Dactalius aculeatus* de Curling (4), ha sido perfectamente demostrado por Schneider, y por Cobbold (5), no ser sino fingimiento por parte de los enfermos. La historia del pretendido *diplosoma crenata* de Farre (fig. 70) quedará como uno de los mas marcados ejemplos de una ilusion que han sufrido los médicos.» Aquí se habla, sin embargo, de una mujer veinticuatro años.

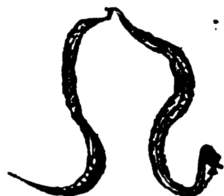


Figura 70.—Diplosoma crenata. (Beale, pl. XXIII, figura 121.

ARTÍCULO XI.

MOVILIDAD DE LOS RIÑONES.

Parece que la movilidad de los riñones no tiene casi importancia para el práctico, sino porque puede dar lugar á errores de diagnóstico.

(1) Roberts, *loc. cit.*, p. 500.
(2) Lawrence, *Cas d'un femme qui a rendu un grand nombre de vers par l'urèthre* (*Medico-chirur. Transanction*. London, 1817, t. II, 3.ª édit., p. 385).
(3) A. Farre, Beale's *Archiv. of medicine*. London, vol. I, p. 290).
(4) Curling, *Case of a girl*, etc. *Medico-chir. Trans.*, t. XXII, 1839).
(5) A. Schneider, Reichert und du Bois Reymond's *Archiv. für patholog. Anatomie*, 1862.

Sin embargo, causa accidentes poco graves en la apariencia, pero serios por su continuidad; y por otra parte resulta un tumor para el cual se puede prescribir un tratamiento perjudicial al enfermo, además de que siempre es una precaucion eficacísima el emplear un buen medio contentivo. Estas razones me inducen á presentar íntegramente el resúmen que trae Rayer (1) de los casos sometidos á su observacion.

Ha sido conocida desde muy antiguo la movilidad de los riñones por Mesue (2), Riolan (3), apenas se indicó por los autores, hasta que Rayer (4) recordó la atencion que se merece. Despues ha sido objeto de gran número de trabajos esta enfermedad, tanto en Francia como fuera de ella, entre los que se pueden citar los de Henoch (5), Urag (6), Hare (7), Oppolzer (8), Fritz (9), Becquet (10) y Roberts. Se ha descrito esta afeccion con el nombre de riñones flotantes. El artículo citado por Roberts abraza 51 casos, que son los solos conocidos hasta el dia. El riñon derecho ha sido afectado 28 veces, el izquierdo 8, los dos á la vez 10 veces. De los 51 individos eran 46 mujeres, y solo 5 hombres.

§ I.—Causas.

Las mas veces esta enfermedad coincide con un *aumento de volúmen del hígado* ó con una *dislocacion de los intestinos ó del útero.* Tambien puede ser consecuencia de una *disposicion particular del peritoneo*, de una *desviacion del riñon*, de una *flexuosidad de sus vasos*, etc. Las *preñeces repetidas*, los *esfuerzos* para llevar ó levantar pesos, han parecido en algunos casos ser la causa de esta dislocacion del riñon derecho, que en otras circunstancias no ha podido explicarse.

Se ha creido en algunos casos raros, la movilidad congénita del riñon derecho (Oppolzer). Fritz ve una predisposicion á cambiar de lugar temporal ó definitivamente en la posicion y relaciones anatómicas del riñon que no está sino débilmente sostenido en su sitio por el peritoneo. Cruveilhier (11), dice que influye mucho en

(1) Rayer, *Traité des maladies des reins*: Paris, 1841, t. III, p. 800.
(2) Mesue, *De dislocatione renum. Opera omnia*. Venetiis, 1561.
(3) Riolan, *Manuel anatomique et pathol.*, Lyon, 1682.
(4) Rayer, *Traité des maladies des reins*. Paris, 1841, t. III, p. 800.
(5) Henoch, *Des reins mobiles* (*Allgemeine medicinische central Zeitung*, 1855, número 16), et *Klinik der Unterleibskrankheiten*. Berlin, 1858, Band III, S. 367.
(6) Urag, *Wiener medicinische Wochenschrift*, 1856, n.° 3, et *Archives generales de médecine*, 1858.
(7) Hare, *Sur les reins mobiles* (*Medic. Times and Gazette*, 1858 y 1860).
(8) Oppolzer, *Des reins mobiles* (*Revue étrangère méd.-chirurg.*, 1857, número 29, et *Clinique européenne*, 1859, n.° 2.
(9) Fritz, *Des reins flottants* (*Arch. gén, de méd.* 1859, p. 158).
(10) Becquet, *Essai sur la pathologie des reins flottants* (*Arch. gén. de méd.*, Enero 1865).
(11) (Cruveilhier, *Traité d'anatomie descript.*, t. III,

la mujer el uso del corsé como predisposicion á esta enfermedad.

Trousseau se adhiere á esta opinion; lo mismo sucede por un vestido muy apretado. Así Peter (1) lo ha comprobado en un guardia nacional, bastante grueso, que se veia obligado á usar de cuando en cuando un pantalon de uniforme muy estrecho.

Sin negar la importancia de esta causa, Becquet coloca antes que cualquier influencia la *fluxion catamenial* á la cual se asocian los riñones, que los pone muy dolorosos y pesados, predisponiéndoles á dirigirse hácia abajo en cada época menstrual, para volver en seguida á la colocacion normal. Cuando el desalojamiento ha sido definitivo, queda el riñon flotante en el abdómen, contrayendo adherencias ó con las otras vísceras ó con la pared abdominal.

Síntomas.—Los mas comunes de esta enfermedad son un *dolor* en la region lumbar derecha que se propaga algunas veces siguiendo la direccion de los nervios lumbares y crurales, *dolor que se puede escitar* cuando está adormecido, comprimiendo el riñon con los dedos de la mano derecha, mientras que la izquierda sostiene los lomos por la parte posterior, y *una sensacion habitual de debilidad* y *de malestar en el bajo vientre.*

Algunas veces se agregan á estos síntomas los fenómenos de una *peritonitis* producida probablemente por los tirones de que es causa la movilidad del riñon. Otras veces son una especie de *cólicos nerviosos* y otros accidentes análogos á aquellos de que se quejan los hipocondriacos, sobre todo cuando los enfermos, explorando su vientre, han encontrado en él un *tumor*, acerca de cuya naturaleza están con tanta mas razon alarmados, cuanto que la mayor parte de los prácticos no le conocen. Ya he dicho que dos médicos atacados de semejante movilidad del riñon habian caido en gran desaliento, y que el uno de ellos, aterrado con la idea de que tenia un tumor en el vientre, tumor que creia ser una lesion orgánica, habia abandonado temporalmente su profesion. (Rayer).

Haciendo el enfermo una inspiracion profunda se puede asir el riñon entre la mano izquierda colocada detrás, en la region lumbar, y la derecha colocada delante. Se conoce entonces el *volúmen* la *resistencia* y la *forma* del órgano, lo que hace fijar la naturaleza del tumor. Está dirigido generalmente el riñon de arriba abajo y de fuera adentro, mira el hilo un poco arriba, la percusion demuestra un vacío en el sitio normal del riñon.

«*Tratamiento.*—Es inútil recordar que se han aplicado los tratamientos mas singulares y mas dolorosos á estos pretendidos tumores. La experiencia me ha demostrado que las mas veces bastaba *sostener el vientre por una faja conveniente aplicada* para ver cesar ó hacer soportable el dolor ocasionado por el riñon movible. En dos casos en que esta movilidad coincidia con una *relajacion del útero*,

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 775. Paris, 1865.

fueron muy beneficiosos la *quietud en una cama horizontal y el uso de algunos chorros sulfurosos de regadera.*

»Cuando son muy agudos los dolores lumbares, y cuando existen síntomas de *peritonitis* ó de *enteritis* concomitantes, pueden ser por el pronto útiles la aplicacion de cierto número de *sanguijuelas* ó de *ventosas escarificadas*, los *tópicos emolientes* ó *narcóticos*, *y los baños tibios.*

»Los ejercicios corporales, tales como la carrera, el baile, el salto y la equitacion, son *perjudiciales.*

»Por último, cuando existe el *extreñimiento*, debe combatírsele con los *laxantes* para evitar los dolores que ordinariamente producen los esfuerzos para obrar.»

La secrecion urinaria no experimenta ordinariamente alteracion alguna, pues únicamente Henoch y Iago (1) observaron el *tenesmo vesical.*

Algunas veces hay complicacion de *cloro-anemia*, y esta es una circunstancia importante porque favorece y prolonga la movilidad de los riñones: tambien se ha visto coincidir la *hidronefrosis* (Oppolzer) y manifestaciones de peritonitis generalmente benignas.

Diagnóstico.—Los riñones flotantes han pasado frecuentemente desapercibidos, confundiéndose esta enfermedad con una obstruccion del hígado, cólicos nerviosos, hipocondría, dolores neurálgicos ó una timpanitis histérica. Briz indica el diagnóstico absoluto fundándolo en los signos que dejamos dicho, y el diagnóstico *diferencial* con los tumores *que ocupan la pared abdominal*, con los *cuerpos extraños en el peritoneo* y con los tumores de las diversas vísceras abdominales.

1.° Los tumores de la pared abdominal no pueden ser separados de esta pared porque á su nivel la piel está ordinariamente alterada y presentan la particularidad de elevarse en lugar de abatirse durante la inspiracion.

2.° Los cuerpos extraños en el peritoneo, extremadamente raros, son por lo comun mas pequeños que el riñon.

3.° Los tumores del hígado no son movibles como lo es el riñon flotante, á menos que este no se adhiera á la pared abdominal ó al hígado, los de la vejiga biliar poco movibles hacen cuerpo con el hígado y tienen la extremidad inferior izquierda piriforme. Los tumores del bazo son mas voluminosos que el riñon. Los tumores del intestino tienen sus signos característicos, y los del mesenterio son muy raros. (Véanse en los capítulos especiales los signos respectivos de estas diversas afecciones.)

Friz aconseja aflojar los corsés, pero de ninguna manera suprimir su uso. Becquet cree que las emisiones sanguíneas están algunas veces indicadas en el momento de los accesos, cuando se observan

(1) Iago, *Medical Times and Gazette*, t. XVII, p. 36.

fenómenos congestivos; el estado cloro-anémico será tratado convenientemente, y las aguas de Plombières ó de Neris suelen aliviar y hasta determinar una curacion mas ó menos curable.

ARTÍCULO XII.

PERINEFRITIS, ABSCESOS PERINEFRÍTICOS.

Rayer (1) habia ya descrito con el nombre de *perinefritis*, los flemones desarrollados en la region lumbar alrededor del riñon. Esta enfermedad ha sido posteriormente asunto de monografías interesantísimas debidas á Feron (2), Picar (3), Parmentier (4), Lemoine (5), Ch. Hallé (6), y de un importante artículo de la clínica de Trousseau (7). Estos diversos Tratados contienen observaciones muy interesantes y que merecen un lugar en el capítulo consagrado á las enfermedades de los riñones. Parecerá desde luego que siendo la terminacion habitual de la perinefritis por abscesos, debia interesar á la cirujía, pero en realidad es la medicina la que se ocupa de estos enfermos, creyendo estos que se trate de dolores reumatimales, neurálgicos ó los de una afeccion renal ordinaria.

§ I.—Causas.

La etiologia de los abscesos perinefríticos es múltiple y muchas veces complexa. Frecuentemente el traumatismo tiene una parte importante, siendo ocasionados los abscesos por heridas de la region renal como Baudens (8) refiere un ejemplo, ó por contusiones en la region lumbar segun resulta de las observaciones de Bergounhioux (de Clermont) (9), y de Bienfait (de Reims) (10). Otras veces han sido *ejercicios violentos*, como una carrera á caballo ó en un carruaje de malos muebles, *esfuerzos* musculares considerables, por ejemplo, en el acto de levantar un fardo. Ollivier (11) ha recogido en los enfermos de Tardieu una observacion en que se encontraba esta condicion etiológica. Segun Hallé, el enfriamiento del cuerpo estando sudando juega un papel por sí mismo, ó asociándose á otras influencias.

(1) Rayer, *Traité des maladies des reins*. Paris, 1839.
(2) Féron, *De la périnéphrite primitive*, thèse de Paris, 1860.
(3) Picard, *De la périnéphrite primitive*, thèse de Paris, 1860.
(4) Parmentier, *Sur les abcès périnéphrétiques* (*Union médicale*, t. XV, 1862).
(5) Lemoine, *Abcès périnéphrique; mort* (*Union méd.*, juin, 1863).
(6) Ch. Hallé, *Des phlegmons périnéphrétiques*, thèse de Paris, agosto, 1863.
(7) Trousseau, *Clinique*, t. III, p. 713, art. ABCÉS PÉRINÉPHRITIQUES.
(8) Baudens, *Traité des blessures par armes à feu*. Paris, 1836, p. 361.
(9) Bergouhnioux, thèse de Féron, nº 44. Paris, 1860.
(10) Bienfait, *Périnéphrite suppurée: ponction, injections chlorurées; guérison après de graves accidents* (*Gazette hebdomadaire*, 1856).
(11) Aug. Ollivier, *Phlegmon périnéphrétique déterminé par un effort musculaire; incision, injections chlorur.; guérison*, thèse de Hallé, 1863.

La *pielitis* y *la pielo-nefritis calculosa*, los hidátides del riñon son frecuentemente el punto de partida de los flemones perinefríticos por propagacion de la inflamacion ó por las fístulas que se producen. El simple cólico nefrítico puede tener este resultado, y Trousseau encuentra aquí el efecto del dolor persistente con ocasion de la fluxion inflamatoria. Existe una observacion de Chopart (1), en la cual un flemon perinefrítico fué consecutivo á la castracion, habiendo tenido probablemente por punto de partida el dolor renal debido á la ligadura en masa del cordon, y comprendiéndola los nervios.

La perforacion del cólon ha sido en algunas ocasiones la causa de abscesos perinefríticos.

Tambien se desenvuelven *despues de las fiebres graves*, como la tifoidea. *Desruelles* observó un caso despues de una gangrena del pulmon, así como siendo una de las manifestaciones de la *diátesis purulenta*, expontánea ó creada por condiciones especiales. Butter (2) habla de un caso observado en Plymouth cuando reinaba endémicamente una fiebre grave particular acompañada de largas supuraciones en el tejido celular de las diversas partes del cuerpo. Daga (3) atribuye un caso de su práctica, complicado con otras supuraciones, á la diátesis purulenta adquirida, y es difícil referir á otra causa los hechos que se citan.

La inflamacion de la vejiga biliar puede propagarse al tejido celular que circunda al riñon por el intermedio del peritoneo; en fin, es algunas veces imposible precisar la causa que ha provocado la formacion del flemon perinefrítico.

En todos los casos, la *condicion orgánica* de los desórdenes causados por estos flemones y sus diversas complicaciones consiste en el hecho anatómico de que los riñones están sumergidos en una atmósfera de tejido celulo-adiposo, que se continúa por láminas celulosas con las aponeurosis de la region, dirigiéndose, por arriba, hácia los pilares del diafragma, por abajo á la aponeurosis ilíaca, y por detrás con el tejido celular de la region lumbar fuera del cuadrado de los tumores, entre los límites del gran dorsal y del gran oblícuo. La anatomía de esta region hará comprender algunos detalles mas, que indicaremos.

§ II.—Síntomas.

Se concibe, despues de conocer la etiologia de esta enfermedad, que los síntomas del flemon perinefrítico se confundan muy á menudo

(1) Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*. Paris, 1821.

(2) Butter, *Remarks on irritative Fever commonly called Plymouth dockyard disease (Edinb. med. and surg. Journ.*, vol. XXVI, p. 106).

(3) Daga, *Panaris de l'index de la main droite; abcès périnéphrétique s'étant fait jour à la région lomb. gauche; vaste collection purulente péritonéale; pus dans la plèvre gauche; mort (Bulletin médical du nord de la France*, 1864).

con los de la nefritis ó de la pido-nefritis calculosas ú otras. Los que corresponden mas especialmente á la enfermedad cuando es primitiva, son los siguientes:

El enfermo acusa de repente un dolor profundo, difuso, agudo ó sordo en la region lumbar. Este dolor se aumenta por la presion, sobre todo cuando se abraza la region enferma entre las dos manos. Puede desaparecer por un tiempo variable, algunas semanas, algunos meses, y esperar una nueva causa determinante para presentarse de nuevo. Ordinariamente el dolor es persistente, y el único síntoma durante algunos dias, pero no tardarán en aparecer alteraciones generales como la fiebre contínua con paroxismo y frio por la tarde. El paroxismo recuerda los tres estudios de la fiebre intermitente. Esta fiebre debilita los enfermos, pues pierden el apetito, adelgazan rápidamente, notandose en algunos casos vómitos al principio del paroxismo febril y casi siempre un extrañamiento rebelde.

Además se manifiestan otros *signos locales* de la flegmasía profunda, como la graduacion del dolor por la presion en la region, que se pone pastosa en mas ó menos extension, al mismo tiempo que la corvadura costo-ilíaca se borra, y si el enfermo se coloca en decúbito dorsal, la mano del médico se hunde en la region lumbar, se percibe por el tacto como por la inspeccion una eminencia mas ó menos profunda, durante esta exploracion se pone la otra mano sobre la region anterior correspondiente, se comprueba entre las dos un *tumor profundo* que se continúa con el tejido celular subcutáneo. Este tumor está fijo en los movimientos de la respiracion, y por consiguiente se distingue del hígado y de los tumores que le pertenecen. Hay edema en mayor ó menor extension y rubicundez en la region.

En esta época se puede de ordinario con atencion y persistencia percibir una fluctuacion profunda, por mas que en muchos casos no se haya notado este fenómeno sino tardíamente, dando lugar á que se hayan perdido muchos dias con un tratamiento activo. La supuracion se señala por una recrudescencia de la fiebre, é indica los momentos de intervenir por los medios quirúrgicos.

En general, prescindiendo de pielitis ó de pielo-nefritis anterior, la secrecion urinaria no presenta ninguna alteracion durante la marcha de la enfermedad. El flemon no ataca generalmente mas que un solo costado.

Daga señala todavía un detalle que debo notarse, y es la actitud del enfermo que tiene en flexion sobre la pélvis el muslo que corresponde al lado enfermo, causándole sufrimientos la extension del referido miembro.

§ III.—Curso, duracion, terminacion.

En el primer período y antes de la aparicion de un tumor, la marcha de esta enfermedad es frecuentemente insidiosa, y su evolu-

cion es tan lenta que la verdadera naturaleza del mal es desconocida por largo tiempo, ú objeto de graves errores.

Entre este primer período de fiebre con paroxismos regulares y la fiebre de supuracion hay remisiones muy largas algunas veces, y tal mejoría aparente que no es raro el que el enfermo se crea curado y el médico participe de esta ilusion. La fiebre de supuracion aparece casi siempre bruscamente, y sigue una *marcha continua*. En la mayor parte de los casos, el aparato febril, los síntomas generales y locales disminuyen tan pronto como se ha dado salida al pus. La fiebre cede gradualmente, el apetito reaparece, y el pus, que sale diariamente en cantidad notable, concluye por agotarse, la pastosidad de la region se disipa, los labios de la herida se cierran, pudiendo durar la enfermedad tres semanas antes de la abertura del absceso y necesitan otras tres para la cicatrizacion completa del foco; tal es la *duracion media*.

En los casos felices, que son raros, el flemon puede terminar por resolucion. Debe todavía satisfacer cuando haciéndose del tumor un absceso se colecciona el pus en un foco bien limitado y puede ser evacuado sin que sobrevengan complicaciones. Desgraciadamente son estas tan frecuentes y en general tan graves que nos consideramos en el deber de detenernos en ellas un instante.

Complicaciones.— Formándose el foro purulento hácia la region lumbar y por resultado del decúbito mas ordinario de los enfermos, no es raro que el trabajo inflamatorio gane poco á poco los diferentes tejidos y llegue hasta el tejido celular subcutáneo. Si se tarda en abrir el absceso puede suceder que esta capa sea disecada por el pus y extenderse este hasta la region glútea. Trousseau ha tenido un ejemplo en su clínica. Mas frecuentemente corriéndose el pus á lo largo de la aponeurosis del psoas ilíaco ó siguiendo la vaina de los vasos femorales invade el trabajo inflamatorio la fosa ilíaca y se ve presentarse un absceso por encima del arco de Fallopio ó en la misma base del triángulo de Scarpa. Otras veces el pus llega hasta la pequeña pélvis y se abre paso por la vejiga ó la vagina, ó bien mas directamente por el cólon, y determina una diarrea fétida, como en el caso de Cornil (1) citado por Hallé.

Es raro que el absceso se abra en el peritoneo, mas ordinariamente te desenvuelve una peritonitis de vecindad cuyo resultado es organizar precisamente falsas membranas que protejan la cavidad serosa contra la ruptura del foco purulento. En el caso de Daga, la peritonitis, sin embargo, se habia generalizado.

Una de las mas notables complicaciones es la participacion de los órganos torácicos en los desórdenes inflamatorios, ya porque el diafragma abra realmente paso á las colecciones purulentas, ó ya porque haya propagacion de la inflamacion al través de un tejido,

(1) Cornil, *Tumeur de la région du flanc droit; mort. Cancer du rein, périnéphrite, psoïtis, perforation du côlon transverse*, thèse de Hallé, 1863.

permaneciendo intacto, cosa que no es nueva en patologia, resultando de esto pleuresías ó pulmonías del que se desarrollan en el costado del riñon enfermo. Cuando la comunicacion purulenta existe puede suceder que el absceso se varíe por los bronquios. Rayer (1) ha relatado una vómica de este orígen. Cantegril (2), Ducasse (3) y Hallé han observado casos análogos. En la observacion de Daga existia una pleuresía diafragmática del costado enfermo sin visible comunicacion. Leplat posee una observacion inédita, en la cual, despues de las dudas habituales del diagnóstico y á pesar de la abertura del absceso por la region lumbar, el enfermo sucumbió de una pleuresía del mismo lado que la perinefritis, habiéndose hecho imposible descubrir la continuidad de la inflamacion en los tejidos que separan el riñon de la pleura. Demarguay, cuyas observaciones han inspirado la Memoria de Parmentier, Cusco, Casalis, Bernutz (4) han visto complicaciones torácicas del mismo género. Leon Colin cita un caso de perinefritis con fístulas renales pulmonares.

No tenemos necesidad de hablar de complicaciones determinadas por la presencia de cálculos ó de hidátides en el riñon, porque tales accidentes influyen de una manera grave sobre la marcha de la enfermedad, y acarrean á la larga la muerte.

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

El dolor, la fiebre, el tumor en la region lumbar son los fundamentos del diagnóstico directo.

Los paroxismos febriles regulares podrán simular durante algun tiempo una fiebre intermitente; pero ofrecerá duda este diagnóstico si se nota que la reaparicion de los abscesos tiene lugar por la tarde. En la época de la supuracion, los síntomas generales, el abultamiento del vientre, pueden hacer creer una *dotinenteria*; pero el estupor de la fisonomía, la postracion, el embarazo de la inteligencia tan característico todo esto en la fiebre tifoidea, aunque sea benigna, faltan en general en este período de la perinefritis, así como la diarrea, las petequias, etc.

Por mas que el frio sea una causa comun de la *nefralgia* simple, de un *lumbago* y de la *perinefritis*, se distinguen bien entre sí estas enfermedades; el lumbago existe frecuentemente en los dos costados, la perinefritis no afecta mas que uno; la nefralgia y el lum-

(1) Rayer, *Traité des maladies des reins; abcés périnéphrique: issue du pus par la bouche.*

(2) Cantegril, *Abcés pèrinéphrique ouvert dans les bronches (Archives générales de médecine*, 1829).

(3) Ducasse, *Abcès périnéphqus ouvert dans les bronches (Archives génerales de médecine*, 1827).

(4) Voy. travaux cités et Almagro, *Abcés périnéphrique, pleurésie et pneumonie; mort (Recueil des travaux de la Société médicale d'observation*, fascic. IX, 1861, p. 408).

bago no presentan fiebre; la duracion del dolor, la posibilidad de aumentar por la presion, la persistencia de la fiebre con paroxismos llevarán al espíritu la idea de un flemon pelvi-renal.

La *nefritis* y la *pielo-nefritis* se parecen mucho á la perinefritis por los síntomas generales y locales: cuando son debidas estas enfermedades á cálculos, lo que es mas comun, han sido frecuentemente precedidas de cólicos nefríticos, las orinas son en este momento críticas, pues la salida del cálculo por la uretra determina un inmediato alivio. Cualquiera que sea la naturaleza de la pielitis ó de la pielo-nefritis, el exámen microscópico de la orina revelará la presencia de los glóbulos de sangre y sobre todo de pus, á menos que un cálculo engastado en la uretra lo impida, lo que hará muy difícil el diagnóstico, bajo este punto de vista.

El cáncer del riñon, la hidronefrosis, los quistes diversos, tienen una marcha crónica que no permite el error; el cáncer determina la hematuria.

Los tumores del hígado son móviles en los grandes movimientos de la respiracion; los del riñon son inmóviles y mas fáciles de apreciar cuando el diafragma se levanta. Los tumores del bazo se pronuncian mas hácia adelante que atrás. La peritiflitis, los tumores del ciego, en vista de su asiento, no pueden ocasionar un error de larga duracion.

El pronóstico es favorable no habiendo complicaciones, pues la aparicion de estas lo hará muy reservado, y hacen temer una funesta terminacion.

§ V.—Tratamiento.

Al principio, siendo llamado á tiempo, se intentará obtener la resolucion por todos los medios posibles, *ventosas escarificadas*, sanguijuelas *loco dolenti*, y vejigatorios volantes. Trousseau aconseja calmar el dolor por medio de fricciones con las preparaciones de opio y de belladona, y mejor todavía con inyecciones de atropina ó de morfina por el método hipodérmico. Se mantendrá la libertad del vientre con purgantes salinos repetidos diariamente y lavativas: estos medios están á la vez indicados por la necesidad de disipar la constipacion que ocasiona el dolor en los esfuerzos de la defecacion, y como antiflogísticos.

Cuando estos medios no puedan impedir la formacion del pus, y este se note por la fluctuacion, aunque sea profunda, no debe dudarse en darle salida al líquido purulento. Para esto se puede recurrir á la aplicacion de cáusticos, ya solos ó ayudados del bisturi, despues que las capas superficiales han sido destruidas (procedimiento mixto). Trousseau prefiere la incision dividiendo capa por capa, ligando las arterias que se seccionen por el bisturi; no penetrando en las últimas capas sino con la ayuda de una sonda acanalada, que será inofensiva

para las arterias. La incision será longitudinal ó trasversal, pero mas grande en la piel para favorecer la salida del pus, que sin esta precaucion podria correrse entre los planes aponeuróticos: la incision se tratará con una larga mecha de hilas: cuando el pus sale difícilmente, deben hacerse inyecciones detersivas, y no debe jamás de reconocerse con la ayuda del dedo, introducido en la herida, el estado del riñon: si se notaran cálculos, debe sostenerse la abertura.

Trousseau prefiere este método al *drenage* empleado algunas veces con éxito por Chassaignac (1), porque si este ingenioso método evita las hemorragias y los arrastres del pus, en cambio no permite la exploracion del riñon y prolonga la supuracion.

Resúmen del tratamiento.—Emisiones sanguíneas locales al principio, revulsivos, purgantes salinos: si el tumor es fluctuante, su abertura por medio de los cáusticos, ó del bísturí ó el drenage.

CAPÍTULO II.

ENFERMEDADES DE LOS CONDUCTOS URINARIOS.

Anteriormente he manifestado los motivos que me han inducido á separar las afecciones del tejido propio de los riñones, de las que tienen su asiento en las cavidades donde se vierte la orina. No es ciertamente porque yo mire esta division como del todo exacta, pues se ve cuán raro es que estas diversas partes constituyentes de un mismo órgano no sean atacadas á la vez por la enfermedad, pero ocupando esta en los diferentes casos de una manera casi exclusiva una de estas partes, me ha parecido útil, por la claridad de las descripciones, no confundir, como se hacia antiguamente, afecciones, que por lo mismo que tienen un asiento especial, tienen tambien una gravedad y síntomas muy diferentes, y lo que es todavía mas importante, exigen á veces medios especiales para su tratamiento. Voy, pues, en este capítulo á describir las enfermedades siguientes: *hemorragia renal*, *pielitis aguda* y *crónica*, *arenillas* y *cálculos renales*, y *retencion de orina en el riñon*. Como se ve, esta division es semejante á la que he seguido en la descripcion de las *afecciones de las vias biliarias* (2), con las cuales tienen las que voy á describir tan grande analogía. En efecto, la pielitis corresponde á la *inflamacion de la vejiga de la hiel;* los cálculos renales á los *cálculos biliarios*, y la retencion de orina en el riñon á la *retencion de la bílis en la vejiga de la hiel*.

En la historia de la pielitis se encontrará lo que corresponde á la

(1) Véase Feron, thèse citée, et Parmentier, *Mém. cité*.
(2) Véase el libro IV, AFECCIONES DE LOS ANEJOS DE LAS VIAS DIGESTIVAS, capítulo III de esta obra.

inflamacion de la pélvis del riñon producida por la presencia de los cálculos, es decir, á la *pielitis calculosa* de Rayer y á la *nefritis calculosa* de los autores. Despues de la descripcion de los cálculos renales presentaré todo lo que es relativo á los accidentes del *cólico nefrítico*, que no es una consecuencia, ni de la pielitis, ni de la nefritis, como se pudiera creer, si nos refiriésemos á las expresiones de los autores; pero que, como estas inflamaciones es el resultado de la irritacion, de la dislaceracion y de la obstruccion producida por cuerpos extraños, y principalmente por los cálculos detenidos en la parte superior de las vias urinarias.

ARTICULO I.

HEMORRAGIA RENAL.

Hasta estos últimos tiempos se han descrito con el nombre genérico de *hematuria* todas las afecciones en que se expele sangre con la orina, y muchos autores se contentan todavía con proceder de la misma manera, fundándose en la dificultad indisputable en ciertos casos de reconocer cuál es la parte de las vias urinarias, de donde procede la sangre escretada. Pero esta dificultad no es insuperable en la mayor parte de los casos, y para la práctica están lejos de ser indiferentes los signos que sirven para caracterizar las hemorragias que tienen su asiento en el mismo riñon. Por lo tanto en la actualidad es necesario cesar de considerar de un modo demasiado general á la hematuria, síntoma comun á muchas afecciones diversas, y averiguar en los diferentes puntos de las vias urinarias cuál es el verdadero orígen de la sangre escretada.

Sin embargo de lo que acabamos de decir, no han dejado de hacerse desde mucho tiempo antes grandes esfuerzos para determinar el sitio de la *hematuria*. Ya Hipócrates habia tratado de resolver este problema, como lo acreditan dos de sus aforismos (1) y algunos otros pasajes de sus obras. Posteriormente Rufo trató de establecer la misma distincion, y siguiendo este ejemplo los autores de los siglos pasados, han completado mucho mas la descripcion de la enfermedad. Rayer (2) es el autor que en estos últimos tiempos ha estudiado con mas cuidado las hemorragias renales.

Se han propuesto muchas divisiones para hacer la descripcion de esta hemòrragia. La de Sauvages no contiene menos de once especies, que no indicaré aquí porque no importa gran cosa tener noticia de estas distinciones sutiles, fundadas en las mas ligeras circunstancias, como el vómito que promueve la escrecion de sangre con la orina, ó bien el color del líquido. Pinel habia propuesto la division

(1) Hipocrate, *Œuvres complètes*, traduites par Littré. Paris, 1844, t. IV, sect. IV, aphorismes 78 et 80.
(2) Rayer, *Traité des maladies des reins*, t. III, p. 326 et suiv.

siguiente: *Hematuria constitucional:* H. *accidental*; H. *sucedánea*, H. *crítica* y H. *sintomática*. Esta division, con algunas ligeras modificaciones, es la que ha seguido Rayer. Efectivamente este autor admite las tres especies siguientes: 1.° *Hemorragias renales sintomáticas de las lesiones de los riñones*; 2.° *Hemorragias renales sintomáticas de afecciones generales;* 3.° *Hemorragias renales esenciales.*

La hematuria crítica es un fenómeno dudoso y muy sujeto á objeciones por hacerle figurar en una division. Citaremos solamente el caso de Latour (1) relativo á un enfermo en que una hematuria repentina coincidió con la desaparicion de un asma espasmódico que llevaba de duracion diez y ocho meses.

Finalmente, los autores del *Compendio de Medicina práctica* se han propuesto dividir las *nefrorragias* de la manera siguiente: 1.° *Nefrorragia por alteracion de los sólidos;* 2.° N. *por alteracion de la sangre;* 3.° N. *por simple lesion dinámica*, y 4.° *traumática*. Como esta division no hace mas que reproducir la de Rayer en términos menos generalmente aceptados y menos conocidos, me parece se debe seguir la de este autor. Bajo este punto de vista debemos mirar la afeccion, y segun el plan de esta obra no podremos, sin embargo, dar una importancia exagerada á esta division, y nos bastará recordar de paso lo que presenta de mas interesante para la práctica.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Doy el nombre de *hemorragia renal* á la que teniendo el riñon por asiento presenta como principal síntoma el flujo de sangre con la orina. Rayer y los autores del *Compendio de Medicina práctica* quieren que se entienda igualmente por esta palabra la filtracion de sangre en el tejido del mismo riñon ó debajo de sus membranas; pero ya he manifestado anteriormente las razones que me han inducido á describir separadamente esta infiltracion bajo el nombre de *apoplegía renal*, y los mismos autores que acabo de citar se han visto obligados á hacer otro tanto en el discurso de su artículo, lo que probaria que esta division es natural, aun cuando no tuviéramos otra razon para demostrarlo que la diferencia de las causas, síntomas, curso y gravedad de la afeccion en muchos casos.

Se ha descrito esta enfermedad con los nombres de *mictus cruentus*, *mictio cruenta*, *sanguinis mictio*, *hematuria* y *orinar sangre*. Borsieri (2) da el nombre de hematuria propiamente dicha á la que tiene su orígen en el riñon. Ya he manifestado mas arriba las razones que deben hacer preferir las denominaciones de hemorragia renal ó *nefrorragia*.

La hemorragia renal está lejos de ser una enfermedad rara. Ya veremos mas adelante que sus causas son numerosas y variadas, y

(1) Latour, *Traité philosophique et médical des hémorrhagies*, t. II, p. 25.
(2) Borsieri, *Instit. med. pract.: De mictu cruento.*

por consiguiente no es de admirar, que sin poderse colocar entre las enfermedades mas frecuentes, se presente comunmente á la observacion. Tambien vemos que en nuestros climas es rara la hemorragia esencial, al paso que es frecuente en un clima particular: el de la Isla de Francia

§ II.—Causas.

Investigar las causas de una afeccion que no puede ser jamás *idiopática* ni primitiva, tal como la hemorragia renal, es concretarse á recorrer necesariamente un gran número de circunstancias etiológicas que no tienen con este accidente mas que relaciones indirectas, y que quizá se enlacen con afecciones primitivas locales ó generales, de las cuales la hematuria es una manifestacion ó un accidente secundario.

1.° *Causas predisponentes.—Edad.*—Segun Boyer (1), «todas las edades están expuestas á la *hematuria*; sin embargo, se la observa con mas frecuencia en los adultos y ancianos que en los jóvenes;» pero esta proposicion no es aplicable á una de las hemorragias renales mas curiosas, es decir, á la hemorragia esencial que existe de una manera *endémica* en la Isla de Francia y en algunos otros paises. En efecto, los doctores Chapotin (2) y Salesse (3) han visto gran número de enfermos que desde su mas tierna edad fueron atacados de esta hematuria.

Sexo. Lo mismo sucede con el sexo. Si en nuestros climas es cierto decir que los hombres están mas expuestos que las mujeres á esta afeccion, porque las lesiones de los riñones, principal causa de la hematuria renal, son comunes en los primeros, no es así en la Isla Mauricio, donde la hematuria es tan frecuentemente esencial.

Constitucion y temperamento. Se ha estudiado muy poco la constitucion. Es verdad que se ha dicho que los enfermos afectados de hematuria renal son en general débiles y de una constitucion deteriorada; pero no se ha observado estos enfermos sino en una época en que la enfermedad de los riñones y la pérdida mas ó menos repetida de sangre han debilitado el organismo. Por consiguiente, no se puede incluir entre las causas predisponentes esta constitucion adquirida. En cuanto al temperamento, se han limitado á decir que el sanguíneo y pletórico predispone á la hematuria; pero esta asercion requiere ser confirmada.

Causas diversas. Siguen despues la *vida* y *profesiones sedentarias*, una grande *irritabilidad de los órganos urinarios*, los *excesos en las bebidas alcohólicas*, el *abuso de los placeres venéreos*, y las *afecciones morales vivas* (Boyer). No es menester decir que estas son

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, 4.ª edic., t. IX, p. 92.
(2) Chapotin, *Topographie médicale de l'Ile de France*, 1812.
(3) Salesse, *Diss. sur l'hématurie ou pissement de sang*, thèse. Paris, 1834.

puras aserciones, á lo mas fundadas en impresiones generales. Tambien se ha indicado como una causa que tiene una influencia marcada en la produccion de la hematuria, la *edad crítica* en las mujeres y la tendencia al *flujo hemorroidal* en ambos sexos.

Chopart (1) cita un caso en el cual una hematuria supla un flujo hemorroidal, y con P. Frank han visto reemplazar con este fenómeno al flujo menstrual en las mujeres, estableciéndose con la misma periodicidad. Tambien en los hombres se observaron hematurias mensuales como lo comprueba el caso citado por Rayer.

Estaciones y climas. Nada sabemos de positivo respecto de la influencia de las estaciones. En cuanto á los climas, ya he indicado anteriormente la disposicion particular de los habitantes de la Isla Mauricio (Isla de Francia) á ser atacados de la hemorragia esencial de los riñones. En Pavía observó P. Frank un caso de *orina lechosa* (2), lo que constituye un hecho que tiene sus precedentes, porque las orinas quilosas se observan en las mismas lejanas comarcas que la hematuria endémica.

La misma reflexion se aplica á los hechos citados por los doctores Sobrini, Simoni, Vallados, Roza, Meirelhes, cuyas opiniones ha referido Rayer tomándolas de un diario brasileño (*Revista fluminense*); acaso tambien, como hace notar este último autor, se deban mirar como análogas á los hechos señalados por los médicos de la Isla Mauricio, y del Brasil, aquellos de que ha hablado Chalmers (3), y que se han observado en la Carolina del Sur.

Por último, Rayer aconseja á estas hemorragias esenciales las que ha estudiado en el Alto Egipto y en la Nubia el doctor Renoult (4), y que este autor atribuye á las traspiraciones excesivas,

La hematuria endémica parece reinar en el Cabo de Buena-Esperanza, y es muy probable, por mas que no pueda asegurarse, que todas estas hematurias endémicas sean una sola é idéntica enfermedad, pues en Egipto, como en el mencionado cabo, se sabe que los cálculos termarios son tan comunes como la hematuria de que nos ocupamos. Si estas hemorragias son de la misma naturaleza, no deben calificarse de *esenciales* como viene haciéndose. Hemos visto en efecto (pág. 508), que Griesinger habia reconocido que la presencia del *Bilharzia hæmatobia* en las vias urinarias, es una causa habitual de hematuria en los egipcios; John Harley (5) observó en Inglaterra en tres enfermos que habian vivido varios años en el cabo, que sus

(1) Chopart, *Traité des maladies des vois urinaires*, édit. Ségalas, p. 283,

(2) P. Frank, *Traité de médicine pratique*, trad. Goudareau. Paris, 1842, t. I, página 394.

(3) Chalmers, *An account of the weather and disseases of South Carolina*. Lóndres, 1779.

(4) Renoult, *Notice sur l'hématurie qu'éprouvent les Européens dans la haute Égypte et la Nubie* (*Journal gén. de méd.*, t. XVII).

(5) John Harley, *Endemic Hæmaturia os the Cape of Good-Hope* (*Med.-chir. Transact*,, vol. XVII, p. 55, et *Archives générales de médecine*, mayo, 1865).

trará muy bien descrito por Davaine (1) y por H. Meissner (2). Nos bastará hacer notar que el temblor ó *thrill* hidatídico se oye muy rara vez en el riñon. Segun Lirois, dice Beraud, refiere que el mismo Rayer no pudo percibir otra cosa en un quiste hidatídico enorme sino la fluctuacion ordinaria, y debió diagnosticar una hidronefrosis.

Los fenómenos que presenta la *escrecion de la orina* son, sin contradiccion, los mas importantes. Despues de durar mas ó menos los síntomas precedentes, se observa la *expulsion de los acefalocistes* que se encuentran en la orina. Esta expulsion se verifica de dos maneras muy diferentes, algunas veces se efectúa *sin dolor*, lo que es muy raro, sobre todo en el *primer ataque*, en el cual se produce la perforacion de las paredes de la pélvis y la irrupcion de las hidátides en el conducto urinario, lo que ocasiona ordinariamente los accidentes del *cólico nefrítico*. Cuando, por el contrario, hay ya comunicacion del foco acefalocístico con la cavidad de la pélvis, se concibe muy bien que puedan entrar las hidátides fácilmente en esta cavidad y salir de ella al exterior, sin accidente alguno, si no son demasiado grandes ó si los conductos son bastante anchos. Esta emision de hidátides, sin verdadero dolor, se ha observado casi únicamente en las mujeres. Yo he presentado hace algunos años á la Sociedad anatómica (3) un gran número de hidátides arrojadas por una mujer de treinta y cinco á treinta y seis años, que no experimentaba ningun dolor al orinar, aunque á cada emision se encontrase en la orina, durante los ataques, hasta doce ó trece hidátides del grosor de una avellana ó una nuez pequeña.

Tambien otras causas pueden dar lugar al *cólico nefrítico* en los casos de hidátides expelidas por la orina. Estos cuerpos demasiado voluminosos pueden detenerse en el uréter que atraviesan penosa y lentamente, ó bien en el conducto de la uretra, sobre todo si existe una estrechez. Entonces se presentan dolores vivos en el trayecto de estos conductos, la hiscuria, la retraccion de los testículos, el entorpecimiento del muslo, el hipo, las náuseas y los vómitos, en una palabra, repito, los síntomas del cólico nefrítico que describiré mas extensamente en uno de los artículos siguientes, y que seria, por consiguiente, inútil indicar aquí con mas extensos pormenores. Las descripciones dadas por Davaine (4), Roberts y otros observadores confirman mas ó menos lo que acabamos de decir.

Los *acefalocistes contenidos en la orina* son frecuentemente muy numerosos. Ya he citado mas arriba un ejemplo, y se encuentran otros muchos en los autores. Uno de los mas notables es el que ha

(1) Davaine, *Gazette médicale de Paris*, 1862, n.° 20.
(2) H. Meissner, *Beiträge zur Lehre von dem Vorkommen des Echinococcus und Cysticercus cellulosæ beim Menschen*, Schmidt's *Jahrbücher*, 1862, Band 116.
(3) Valleix, *Bulletins de la Société anatomique*.
(4) Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses*, Paris, 1860.

referido Weitenkanpf (1), en el cual el enfermo expelia cada vez cincuenta ó sesenta hidátides. Algunas veces no hay mas de una sola á cada emision.

Su *volúmen* varía entre el de un guisante y el de una nuez, ó á lo menos no se ha citado ningun ejemplo de hidátide mas voluminosa arrojada con la orina. Las mayores están ordinariamente vacías y opacas, lo cual es un indicio de que estaban ya enfermas, ó que se han roto hace mucho tiempo al pasar al través de los conductos urinarios. Sin embargo, no faltan algunos ejemplos de haberse arrojado vivos, y por consiguiente llenos, acefalocistes del tamaño de una nuez, como se observó en el caso citado por Weitenkanpf, que acabo de mencionar. Sin duda es difícil comprender á primera vista cómo pueden atravesar el uréter y la uretra cuerpos tan voluminosos; pero es menester recordar que estas lombrices son elásticas, que se alargan fácilmente, y que por lo mismo pueden perder gran parte de su diámetro; y se concibe que favoreciendo la dilatacion de los conductos, se efectúe su expulsion sin demasiada dificultad. Por otra parte, tampoco se deben olvidar los accidentes de cólico nefrítico que acompañan tan frecuentemente á esta expulsion. Las hidátides pequeñas se arrojan enteras, á no ser que la inflamacion las haya destruido en el quiste. Se las ve en la orina redondas, blancas, semitrasparentes y elásticas, y si se las examina con el microscopio se les encuentran los caractéres señalados por Livois (2).

La *orina* contiene además materias que acreditan que ha precedido la inflamacion á la perforacion de los conductos urinarios. En efecto, se ha encontrado en ella *sangre* despues de haber dolores violentos, una *sanies* pútrida, y finalmente *pus*; de todo lo cual resultan depósitos mas ó menos abundantes que son fáciles de reconocer en su aspecto, y que se distinguen todavía mejor por medio del microscopio que facilita ver los glóbulos sanguíneos y purulentos.

Los fenómenos que se acaban de describir no se producen de un modo contínuo. Generalmente despues de uno, dos ó tres dias cesa la orina de contener acefalocistes, y solo persisten los síntomas que hemos dicho pertenecian á las hidátides que han quedado intactas en la sustancia renal: tales son la *incomodidad ó estorbo en la region lumbar*, una *desazon general*, *mayor ó menor tristeza*, y la *demacracion lenta*. A estos síntomas es necesario agregar en bastantes casos la existencia de una *materia saniosa y purulenta en la orina;* porque si el foco cesa de dar salida á los acefalocistes, arroja por lo menos el producto purulento de la secrecion de sus paredes. Sin embargo, algunas veces desaparecen todos los síntomas y el enfermo parece recobrar la salud, cuando al cabo de un tiempo variable, y que no puede exceder de quince dias á un mes, se reproducen los mismos

(1) Weitenkampf, *Provin. Sanitäts-Berichte*, etc., 1835.
(2) Véase HIDÁTIDES DEL HÍGADO.

trará muy bien descrito por Davaine (1) y por H. Meissner (2). Nos bastará hacer notar que el temblor ó *thrill* hidatídico se oye muy rara vez en el riñon. Segun Lirois, dice Beraud, refiere que el mismo Rayer no pudo percibir otra cosa en un quiste hidatídico enorme sino la fluctuacion ordinaria, y debió diagnosticar una hidronefrosis.

Los fenómenos que presenta la *escrecion de la orina* son, sin contradiccion, los mas importantes. Despues de durar mas ó menos los síntomas precedentes, se observa la *expulsion de los acefalocistes* que se encuentran en la orina. Esta expulsion se verifica de dos maneras muy diferentes, algunas veces se efectúa *sin dolor*, lo que es muy raro, sobre todo en el *primer ataque*, en el cual se produce la perforacion de las paredes de la pélvis y la irrupcion de las hidátides en el conducto urinario, lo que ocasiona ordinariamente los accidentes del *cólico nefrítico*. Cuando, por el contrario, hay ya comunicacion del foco acefalocístico con la cavidad de la pélvis, se concibe muy bien que puedan entrar las hidátides fácilmente en esta cavidad y salir de ella al exterior, sin accidente alguno, si no son demasiado grandes ó si los conductos son bastante anchos. Esta emision de hidátides, sin verdadero dolor, se ha observado casi únicamente en las mujeres. Yo he presentado hace algunos años á la Sociedad anatómica (3) un gran número de hidátides arrojadas por una mujer de treinta y cinco á treinta y seis años, que no experimentaba ningun dolor al orinar, aunque á cada emision se encontrase en la orina, durante los ataques, hasta doce ó trece hidátides del grosor de una avellana ó una nuez pequeña.

Tambien otras causas pueden dar lugar al *cólico nefrítico* en los casos de hidátides expelidas por la orina. Estos cuerpos demasiado voluminosos pueden detenerse en el uréter que atraviesan penosa y lentamente, ó bien en el conducto de la uretra, sobre todo si existe una estrechez. Entonces se presentan dolores vivos en el trayecto de estos conductos, la hiscuria, la retraccion de los testículos, el entorpecimiento del muslo, el hipo, las náuseas y los vómitos, en una palabra, repito, los síntomas del cólico nefrítico que describiré mas extensamente en uno de los artículos siguientes, y que seria, por consiguiente, inútil indicar aquí con mas extensos pormenores. Las descripciones dadas por Davaine (4), Roberts y otros observadores confirman mas ó menos lo que acabamos de decir.

Los *acefalocistes contenidos en la orina* son frecuentemente muy numerosos. Ya he citado mas arriba un ejemplo, y se encuentran otros muchos en los autores. Uno de los mas notables es el que ha

(1) Davaine, *Gazette médicale de Paris*, 1862, n.° 20.
(2) H. Meissner, *Beiträge zur Lehre von dem Vorkommen des Equinococcus und Cysticercus cellulosæ beim Menschen*, Schmidt's *Jahrbücher*, 1862, Band 116.
(3) Valleix, *Bulletins de la Société anatomique*.
(4) Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses*, Paris, 1860.

referido Weitenkampf (1), en el cual el enfermo expelia cada vez cincuenta ó sesenta hidátides. Algunas veces no hay mas de una sola á cada emision.

Su *volúmen* varía entre el de un guisante y el de una nuez, ó á lo menos no se ha citado ningun ejemplo de hidátide mas voluminosa arrojada con la orina. Las mayores están ordinariamente vacías y opacas, lo cual es un indicio de que estaban ya enfermas, ó que se han roto hace mucho tiempo al pasar al través de los conductos urinarios. Sin embargo, no faltan algunos ejemplos de haberse arrojado vivos, y por consiguiente llenos, acefalocistes del tamaño de una nuez, como se observó en el caso citado por Weitenkanpf, que acabo de mencionar. Sin duda es difícil comprender á primera vista cómo pueden atravesar el uréter y la uretra cuerpos tan voluminosos; pero es menester recordar que estas lombrices son elásticas, que se alargan fácilmente, y que por lo mismo pueden perder gran parte de su diámetro; y se concibe que favoreciendo la dilatacion de los conductos, se efectúe su expulsion sin demasiada dificultad. Por otra parte, tampoco se deben olvidar los accidentes de cólico nefrítico que acompañan tan frecuentemente á esta expulsion. Las hidátides pequeñas se arrojan enteras, á no ser que la inflamacion las haya destruido en el quiste. Se las ve en la orina redondas, blancas, semitrasparentes y elásticas, y si se las examina con el microscopio se les encuentran los caractéres señalados por Livois (2).

La *orina* contiene además materias que acreditan que ha precedido la inflamacion á la perforacion de los conductos urinarios. En efecto, se ha encontrado en ella *sangre* despues de haber dolores violentos, una *sanies* pútrida, y finalmente *pus*; de todo lo cual resultan depósitos mas ó menos abundantes que son fáciles de reconocer en su aspecto, y que se distinguen todavía mejor por medio del microscopio que facilita ver los glóbulos sanguíneos y purulentos.

Los fenómenos que se acaban de describir no se producen de un modo contínuo. Generalmente despues de uno, dos ó tres dias cesa la orina de contener acefalocistes, y solo persisten los síntomas que hemos dicho pertenecian á las hidátides que han quedado intactas en la sustancia renal: tales son la *incomodidad ó estorbo en la region lumbar*, una *desazon general*, *mayor ó menor tristeza*, y la *demacracion lenta*. A estos síntomas es necesario agregar en bastantes casos la existencia de una *materia saniosa* y *purulenta en la orina;* porque si el foco cesa de dar salida á los acefalocistes, arroja por lo menos el producto purulento de la secrecion de sus paredes. Sin embargo, algunas veces desaparecen todos los síntomas y el enfermo parece recobrar la salud, cuando al cabo de un tiempo variable, y que no puede exceder de quince dias á un mes, se reproducen los mismos

(1) Weitenkampf, *Provin. Sanitäts-Berichte*, etc., 1835.
(2) Véase HIDÁTIDES DEL HÍGADO.

trará muy bien descrito por Davaine (1) y por H. Meissner (2). Nos bastará hacer notar que el temblor ó *thrill* hidatídico se oye muy rara vez en el riñon. Segun Lirois, dice Beraud, refiere que el mismo Rayer no pudo percibir otra cosa en un quiste hidatídico enorme sino la fluctuacion ordinaria, y debió diagnosticar una hidronefrosis.

Los fenómenos que presenta la *escrecion de la orina* son, sin contradiccion, los mas importantes. Despues de durar mas ó menos los síntomas precedentes, se observa la *expulsion de los acefalocistes* que se encuentran en la orina. Esta expulsion se verifica de dos maneras muy diferentes, algunas veces se efectúa *sin dolor*, lo que es muy raro, sobre todo en el *primer ataque*, en el cual se produce la perforacion de las paredes de la pélvis y la irrupcion de las hidátides en el conducto urinario, lo que ocasiona ordinariamente los accidentes del *cólico nefrítico*. Cuando, por el contrario, hay ya comunicacion del foco acefalocístico con la cavidad de la pélvis, se concibe muy bien que puedan entrar las hidátides fácilmente en esta cavidad y salir de ella al exterior, sin accidente alguno, si no son demasiado grandes ó si los conductos son bastante anchos. Esta emision de hidátides, sin verdadero dolor, se ha observado casi únicamente en las mujeres. Yo he presentado hace algunos años á la Sociedad anatómica (3) un gran número de hidátides arrojadas por una mujer de treinta y cinco á treinta y seis años, que no experimentaba ningun dolor al orinar, aunque á cada emision se encontrase en la orina, durante los ataques, hasta doce ó trece hidátides del grosor de una avellana ó una nuez pequeña.

Tambien otras causas pueden dar lugar al *cólico nefrítico* en los casos de hidátides expelidas por la orina. Estos cuerpos demasiado voluminosos pueden detenerse en el uréter que atraviesan penosa y lentamente, ó bien en el conducto de la uretra, sobre todo si existe una estrechez. Entonces se presentan dolores vivos en el trayecto de estos conductos, la hiscuria, la retraccion de los testículos, el entorpecimiento del muslo, el hipo, las náuseas y los vómitos, en una palabra, repito, los síntomas del cólico nefrítico que describiré mas extensamente en uno de los artículos siguientes, y que seria, por consiguiente, inútil indicar aquí con mas extensos pormenores. Las descripciones dadas por Davaine (4), Roberts y otros observadores confirman mas ó menos lo que acabamos de decir.

Los *acefalocistes contenidos en la orina* son frecuentemente muy numerosos. Ya he citado mas arriba un ejemplo, y se encuentran otros muchos en los autores. Uno de los mas notables es el que ha

(1) Davaine, *Gazette médicale de Paris*, 1862, n.° 20.

(2) H. Meissner, *Beiträge zur Lehre von dem Vorkommen des Equinococcus und Cysticercus cellulosæ beim Menschen*, Schmidt's *Jahrbücher*, 1862, Band 116.

(3) Valleix, *Bulletins de la Société anatomique*.

(4) Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses*, Paris, 1860.

referido Weitenkanpf (1), en el cual el enfermo expelia cada vez cincuenta ó sesenta hidátides. Algunas veces no hay mas de una sola á cada emision.

Su *volúmen* varía entre el de un guisante y el de una nuez, ó á lo menos no se ha citado ningun ejemplo de hidátide mas voluminosa arrojada con la orina. Las mayores están ordinariamente vacías y opacas, lo cual es un indicio de que estaban ya enfermas, ó que se han roto hace mucho tiempo al pasar al través de los conductos urinarios. Sin embargo, no faltan algunos ejemplos de haberse arrojado vivos, y por consiguiente llenos, acefalocistes del tamaño de una nuez, como se observó en el caso citado por Weitenkanpf, que acabo de mencionar. Sin duda es difícil comprender á primera vista cómo pueden atravesar el uréter y la uretra cuerpos tan voluminosos; pero es menester recordar que estas lombrices son elásticas, que se alargan fácilmente, y que por lo mismo pueden perder gran parte de su diámetro; y se concibe que favoreciendo la dilatacion de los conductos, se efectúe su expulsion sin demasiada dificultad. Por otra parte, tampoco se deben olvidar los accidentes de cólico nefrítico que acompañan tan frecuentemente á esta expulsion. Las hidátides pequeñas se arrojan enteras, á no ser que la inflamacion las haya destruido en el quiste. Se las ve en la orina redondas, blancas, semitrasparentes y elásticas, y si se las examina con el microscopio se les encuentran los caractéres señalados por Livois (2).

La *orina* contiene además materias que acreditan que ha precedido la inflamacion á la perforacion de los conductos urinarios. En efecto, se ha encontrado en ella *sangre* despues de haber dolores violentos, una *sanies* pútrida, y finalmente *pus*; de todo lo cual resultan depósitos mas ó menos abundantes que son fáciles de reconocer en su aspecto, y que se distinguen todavía mejor por medio del microscopio que facilita ver los glóbulos sanguíneos y purulentos.

Los fenómenos que se acaban de describir no se producen de un modo contínuo. Generalmente despues de uno, dos ó tres dias cesa la orina de contener acefalocistes, y solo persisten los síntomas que hemos dicho pertenecian á las hidátides que han quedado intactas en la sustancia renal: tales son la *incomodidad ó estorbo en la region lumbar*, una *desazon general*, *mayor ó menor tristeza*, y la *demacracion lenta*. A estos síntomas es necesario agregar en bastantes casos la existencia de una *materia saniosa y purulenta en la orina;* porque si el foco cesa de dar salida á los acefalocistes, arroja por lo menos el producto purulento de la secrecion de sus paredes. Sin embargo, algunas veces desaparecen todos los síntomas y el enfermo parece recobrar la salud, cuando al cabo de un tiempo variable, y que no puede exceder de quince dias á un mes, se reproducen los mismos

(1) Weitenkampf, *Provin. Sanitäts-Berichte*, etc., 1835.
(2) Véase Hidátides del hígado.

trará muy bien descrito por Davaine (1) y por H. Meissner (2). Nos bastará hacer notar que el temblor ó *thrill* hidatídico se oye muy rara vez en el riñon. Segun Lirois, dice Beraud, refiere que el mismo Rayer no pudo percibir otra cosa en un quiste hidatídico enorme sino la fluctuacion ordinaria, y debió diagnosticar una hidronefrosis.

Los fenómenos que presenta la *escrecion de la orina* son, sin contradiccion, los mas importantes. Despues de durar mas ó menos los síntomas precedentes, se observa la *expulsion de los acefalocistes* que se encuentran en la orina. Esta expulsion se verifica de dos maneras muy diferentes, algunas veces se efectúa *sin dolor*, lo que es muy raro, sobre todo en el *primer ataque*, en el cual se produce la perforacion de las paredes de la pélvis y la irrupcion de las hidátides en el conducto urinario, lo que ocasiona ordinariamente los accidentes del *cólico nefrítico*. Cuando, por el contrario, hay ya comunicacion del foco acefalocístico con la cavidad de la pélvis, se concibe muy bien que puedan entrar las hidátides fácilmente en esta cavidad y salir de ella al exterior, sin accidente alguno, si no son demasiado grandes ó si los conductos son bastante anchos. Esta emision de hidátides, sin verdadero dolor, se ha observado casi únicamente en las mujeres. Yo he presentado hace algunos años á la Sociedad anatómica (3) un gran número de hidátides arrojadas por una mujer de treinta y cinco á treinta y seis años, que no experimentaba ningun dolor al orinar, aunque á cada emision se encontrase en la orina, durante los ataques, hasta doce ó trece hidátides del grosor de una avellana ó una nuez pequeña.

Tambien otras causas pueden dar lugar al *cólico nefrítico* en los casos de hidátides expelidas por la orina. Estos cuerpos demasiado voluminosos pueden detenerse en el uréter que atraviesan penosa y lentamente, ó bien en el conducto de la uretra, sobre todo si existe una estrechez. Entonces se presentan dolores vivos en el trayecto de estos conductos, la hiscuria, la retraccion de los testículos, el entorpecimiento del muslo, el hipo, las náuseas y los vómitos, en una palabra, repito, los síntomas del cólico nefrítico que describiré mas extensamente en uno de los artículos siguientes, y que sería, por consiguiente, inútil indicar aquí con mas extensos pormenores. Las descripciones dadas por Davaine (4), Roberts y otros observadores confirman mas ó menos lo que acabamos de decir.

Los *acefalocistes contenidos en la orina* son frecuentemente muy numerosos. Ya he citado mas arriba un ejemplo, y se encuentran otros muchos en los autores. Uno de los mas notables es el que ha

(1) Davaine, *Gazette médicale de Paris*, 1862, n.° 20.
(2) H. Meissner, *Beiträge zur Lehre von dem Vorkommen des Equinococcus und Cysticercus cellulosæ beim Menschen*, Schmidt's [illegible] 1862, Band 116.
(3) Valleix, *Bulletins de la Société anatom*[illegible]
(4) Davaine, *Traité des entozoaires et des* [illegible] Paris, 1860.

renales señalados al principio de la enfermedad persisten, sin que se encuentre otra causa que la misma hemorragia renal; pero en otros suceden estas cosas de una manera que merece mencionarse especialmente. En efecto, se pueden acumular coágulos en la pélvis del riñon, ó siendo demasiado voluminosos para recorrer el uréter, obstruir este conducto. El dolor es entonces vivo, y toma los caractéres del *cólico nefrítico*, que expondremos mas adelante. En estos casos es cuando se ven salir con la orina coágulos notables por su decoloracion mas ó menos completa, indicio de su prolongada permanencia en las vias urinarias.

Tales son los síntomas que se pueden mirar como pertenecientes en especial á la hemorragia renal. Los que nos faltan aun que indicar se encuentran en todas las hemorragias, y la mayor parte son consecutivos.

En algunos sugetos el flujo de sangre por las vias urinarias está precedido de una sensacion general de plenitud, de somnolencia despues de comer, de dificultad en las digestiones, de tendencia á las palpitaciones, de plenitud mas ó menos marcada del pulso, y se han visto disiparse estos síntomas despues de una hemorragia bastante abundante. Esta es la hemorragia renal por *plétora*, que se parece á todas las hemorragias que se producen en la mismas circunstancias, cualquiera que sea su asiento. Los casos de esta especie son sumamente raros en la hematuria, y se puede sospechar que los autores han admitido su existencia mas bien dejándose guiar por ideas teóricas, que fundándose en la observacion. Tambien se ha designado á estas hematurias con el nombre de *activas*.

Igualmente que las mas de las hemorragias, la aparicion de la sangre puede causar una viva emocion á los enfermos, de donde provienen los *fenómenos nerviosos* descritos al tratar de la *hemotisis*. Pero en la mayor parte de estos casos la aprension es infinitamente menor que en el esputo de sangre. Mas de temer son todavía el desaliento, el abatimiento y la hipocondría cuando se repite el flujo de sangre, y este estado moral puede aumentar la gravedad de la enfermedad.

Cuando han sido muy abundantes las pérdidas de sangre, ó lo que es mas comun, cuando se han reproducido con mucha frecuencia, se ven sobrevenir los síntomas de la *anemia* (1). En la *hematuria esencial endémica*, si las hemorragias son abundantes y repetidas, se ve que los sugetos se ponen pálidos y en un estado de languidez, y á veces en los niños se retarda el desarrollo. Estos últimos casos son muy raros. El *edema* puede presentarse en los sugetos hechos anémicos por las hematurias renales; pero Rayer ha observado que no era comparable con el que se observa algunas veces en las hematurias debidas al *cáncer de la vejiga*.

(1) Véase el artículo ANEMIA, t. I.

Hematuria renal interna.—Hasta el presente no he hablado sino de casos en que la sangre es expelida mas ó menos fácilmente con la orina. Pero puede suceder, como en las demás hemorragias que tienen su asiento en órganos huecos, que este líquido experimente un obstáculo á su salida, ya en el uréter, ya en la vejiga, y que se acumule entonces en las partes situadas sobre el obstáculo, causando diversos accidentes.

No conozco un solo caso en el que se haya demostrado que se haya verificado la hemorragia renal interna, sin que haya habido antes un flujo de sangre con la orina. Ordinariamente á una hemorragia externa, que dura desde mas ó menos tiempo, se sigue una hemorragia interna, que cesa momentáneamente por la expulsion de bastante cantidad de sangre, y se reproduce en seguida. Una observacion recogida por Danyau y citada por Rayer es un ejemplo de la reproduccion repetida de este accidente.

Cuando la hemorragia es interna, es decir, cuando cesando de fluir la sangre con la orina se acumula en la pélvis del riñon, en el uréter ó en la vejiga, no se observan estos fenómenos terribles de ciertas hemorragias internas, como las que se verifican en los intestinos ó en el útero. Esto depende evidentemente de que las hemorragias renales casi nunca tienen esta extremada abundancia, que hace tan prontamente funestas las que acabo de mencionar. La sangre se acumula con lentitud en las vias urinárias, y causa tan poco trastorno al principio, que presentándose clara la orina, algunos enfermos han podido creerse curados y volver á sus ocupaciones habituales.

Pero cuando este líquido ha distendido la cavidad en que se halla retenido, se observan síntomas que interesa mucho estudiar. *Si el obstáculo se halla en la parte superior del uréter*, la sangre se acumula en la pélvis y distiende considerablemente el riñon. Entonces existe un *dolor* persistente en la region renal del lado enfermo; algunas veces se estiende este dolor á toda la region lumbar y á la pared anterior del abdómen. A este dolor se agrega una sensacion marcada de *pesadez*, y progresando la afeccion se puede reconocer por medio de la *palpacion* la existencia de un tumor generalmente muy voluminoso. Así Martineau (1), citado por Rayer, ha podido tomar este tumor por una hidropesía, y habiendo practicado la paracentesis, ha visto salir una enorme cantidad de sangre que provenia del riñon distendido, como lo probó luego la autopsia.

Si el obstáculo está en un punto del uréter mas ó menos próximo á la vejiga, entonces sucede lo mismo, á excepcion de que la parte de este conducto situada por encima se deja distender enormemente, y puede así dar una forma y una situacion particulares al tumor.

Tambien la sangre se puede acumular en la vejiga, sin que haya

(1) Martineau, *Med. Comment.*, vol. IX.

otro obstáculo que la presencia de coágulos voluminosos que no pueden atravesar la uretra. En semejante caso hay unas veces retencion de orina, otras salida de una pequeña cantidad de este líquido teñido de rojo por la sangre, y otras emision del mismo con todo el aspecto del estado normal. Pero cualesquiera que sean los caractéres de la orina, se observa una *tension*, una sensacion de *peso*, y aun muchas veces un *dolor* marcado en el hipogástrio, en el perineo y en el recto. Hay *frecuentes ganas de orinar*, y el enfermo padece una *ansiedad* mas ó menos viva. Entonces prestan gran auxilio la *palpacion* y la *percusion del abdómen*, pues permiten reconocer cuando es considerable la cantidad de sangre y orina acumuladas, la existencia en el hipogástrio de un tumor globoso, renitente, que se eleva hácia el ombligo, tumor que volveremos á hallar en la descripcion de la retencion de orina, en donde le describiremos con cuidado.

Un flujo considerable de sangre con la orina hace, como hemos visto mas arriba, cesar todos estos accidentes; pero si continúa efectuándose la acumulacion en las vias urinarias, el enfermo se *debilita* cada vez mas, su *pulso* es débil y acelerado, y aumentan la *palidez* y el *enflaquecimiento* con una rapidez generalmente bastante grande, y si no ocasiona la muerte esta hemorragia interna, por lo menos la acelera notablemente.

Orina quilosa.—Debe tenerse presente lo que dejamos dicho acerca de las hematurias endémicas, y las ideas que posee hoy dia la ciencia respecto al fenómeno singular *orinas quilosas*.

El accidente patológico al cual Prout (1) ha dado el nombre de orina quilosa, es, propiamente hablando, una enfermedad de los paises tropicales. Reina endémicamente en *Mauricio*, *Borbon*, *Indias occidentales*, *Brasil* y en las grandes Indias. Los casos que se observaron en los europeos tenian estos la profesion de marinos, comerciantes, colonos ó de otras clases sociales que habian llegado á aquellas comarcas. Roberts hizo el análisis de veintiseis casos de esta afeccion.

Causas.—Ataca en todas las edades. Prout cita un caso en un niño de diez y ocho meses; Quevenne en un viejo de setenta y ocho. En Europa se observó frecuentemente en los hombres con preferencia á las mujeres, porque aquellos viajan mas; en los paises en donde reina, las mujeres están mas expuestas que los hombres.

La mayor parte de los enfermos han vivido en las Colonias, y se citan algunos casos auténticos que se realizaron en individuos que no habian salido de Europa. Prout, Gossett (2) Cubitt (3).

El estado de la sangre examinada por Bence Jones y por Guibourt

(1) Prout, *Stomach and renal Diseases*, 5ª édit., p. 112.
(2) V. Bird, *Urinary Deposits*, 5ª édit., p. 416.
(3) Voy. Beale, *De l'urine, des dépôts urinaires et des calculs*, traduit de l'an- ... la seconde édition et annoté par Auguste Ollivier et Georges Bergeron. ..., p. 826.

reveló al primero un estado lechoso del suero, y al segundo una cantidad de grasa doble de la que existe en estado de salud.

Síntomas.—La orina es *blanca* y *opaca* como la leche, presentando algunas veces un tinte rosáceo debido á la mezcla de alguna sangre. Por el reposo, *coagula* expontáneamente en una masa gelatinosa que se reduce en seguida y deja copos. La coagulacion tiene algunas veces lugar en la vejiga, lo que produce dificultad para la excrecion.

La apariencia lechosa de la orina es debida á la presencia de una materia grasa ó aceitosa en un estado de division extrema, la cual forma, al cabo de algunas horas, una capa cremosa en la superficie del líquido.

»Rayer habia demostrado que si se trata por el éter cierta cantidad de esta orina quilosa que contenga ó no glóbulos sanguíneos, se pone al cabo de algunas horas del todo trasparente, y sometido el éter á la evaporacion expontánea en vidrios de reloj, deja depositar una considerable cantidad de materia grasa.

»Desembarazada así la orina de la materia grasa y *tratada por el ácido nítrico* y el *calor*, forma grumos ó un coágulo de albúmina.

»Esta misma orina, despues de la coagulacion de la albúmina por el calor, filtrada y evaporada hasta la consistencia de jarabe y tratada en frio por el ácido nítrico, da una materia espesa ó cristales de *nitrato de urea*.

»Examinando esta orina quilosa comparativamente con una mezcla de orina sana y de quilo rosado, recogido en el receptáculo de Pecquet, en un caballo, la analogía de estos dos líquidos, es decir, de la orina quilosa artificial y de la orina quilosa del hombre, me ha parecido de las mas notables. En ambos líquidos se distinguian glóbulos que presentaban el carácter de glóbulos sanguíneos; en uno y en otro habia albúmina y una pequeña cantidad de fibrina; en fin, ambos contenian una considerable cantidad de materia grasa (Rayer).

Examinada al microscopio la orina quilosa, contiene un número variable de corpúsculos granulados y de núcleos semejantes á los del mucus ó del quilo, y algunas veces á glóbulos sanguíneos rojos. (Figura 72.) La materia grasa se presenta bajo la forma de granulaciones extremadamente finas, no pudiendo confundirse las mas gruesas con los glóbulos; sin embargo, en algunos casos raros se han visto glóbulos grasosos, pero nunca la sustancia de los tubos uriníferos.

En algunas ocasiones la orina contiene *linfa* como si fuera el quilo; es albuminosa, coagula expontáneamente, pero no encierra materia grasa, ni tiene precisamente el aspecto lechoso.

Las sustancias anormales de estas orinas varían desde luego en sus proporciones.

La *marcha* de esta afeccion es muy irregular. Su invasion es rara vez progresiva, de ordinario empieza bruscamente bajo la influencia aparente de una contusion, un esfuerzo, una emocion moral en la mayor parte de los casos. Continúa por *ataques* irregularmente in-

termitentes, durando cada uno varios dias, meses ó años para cesar bruscamente y reaparecer despues de un espacio de tiempo mas ó menos largo. Durante las remisiones, la orina es normal. Las enfermedades intercurrentes suspenden por lo comun la marcha de esta enérgica enfermedad.



Fig. 72.—Corpúsculos del quilo y gránulos moleculares de la orina quilosa. (Beale pl. XV.)

Mientras los ataques, se ha visto sostenerse la orina quilosa veinticuatro horas, como en los casos de Waters (1), ó bien se presenta normal por la mañana y quilosa el resto del dia, principalmente despues de comer, ó al salir el sol, permaneciendo normal el resto del dia (caso de Cubitt, citado por Beale). En la observacion de Ackermann (2) la harina era fisiológica cuando el enfermo estaba acostado sobre el costado derecho, y se hacia quilosa desde que se levantaba. En una de Dutt (3), no habia quilo durante el dia y sí por la noche.

La salud general de los individuos atacados está mas ó menos comprometida, conservando, no obstante, algunos su nutricion, por mas que en su mayor número enflaquezcan, pues están débiles é incapaces de ningun esfuerzo, quejándose de los riñones y del epigástrio. En algunos hay apetito escesivo, pero lo frecuente es que conserven el ordinario. Con esta enfermedad se puede vivir largo tiempo; la enfermedad de Quevenne se experimenta desde los veinticinco años hasta los setenta y setenta y ocho: en el caso que observó Elliotson trascurrieron veintiocho años sin graves incomodidades.

Cuando fué posible la autopsia, la muerte la causó otra enfermedad, y los riñones no presentaron lesion alguna que pudiese atribuirse á esta clase de accidentes, en el caso de Priesley (4) la muerte fué determinada por la degeneracion grasosa de los riñones.

Naturaleza.—De las teorías que hay para explicar la patogenia de las orinas quilosas, vamos á exponer las principales. Segun Prout, la causa próxima de este accidente residirá en parte en los órganos de asimilacion, y en parte en el riñon; el quilo, por consecuencia de alguna alteracion de la asimilacion no pasará precisamente á la sangre, y será eliminado por el riñon, por lo cual este órgano, en lugar de convertirlo en materiales ordinarios de la orina, lo deja pasar sin alteraciones.

La integridad ordinaria de los riñones es una objecion de gran importancia contra esta teoría. El profesor Carter, de Bombay (5),

(1) Waters, *Med.-chir. Transactions*, vol. XLV. p. 211.
(2) Ackermann, *Deutsche Klinik*, 1863, nº 23 et 24.
(3) Dutt, *Lancet*, 1862, vol. II, p. 87.
(4) Priesley, *Edinburgh med. Journal*, 1856, p. 945.
(5) Carter, *Medico-chirurg. Transact.*, t. XLV, p, 209.

formuló otra teoría en vista de casos muy interesantes que ha recogido, y en los cuales existia una comunicacion directa entre alguna parte del sistema de vasos quilíferos ó linfáticos y las vias urinarias. La ruptura de la pared era debida á una distension de las ramificaciones linfáticas, formándose un trayecto fistuloso y aun algunas veces un reservorio accidental en el trayecto de los quilíferos, cuyo contenido se vertia de una manera intermitente en las vias urinarias. Gubler (1), con ocasion de una orina quilosa presentada por Rayer á la sociedad biológica, propuso una teoría conforme á la expuesta anteriormente, haciendo notar que esta orina contiene, como la linfa normal, glóbulos sanguíneos de forma especial (esferoidales de diámetro inferior á los glóbulos ordinarios, con contornos limpios) y de glóbulos blancos, opinando que se trataba de una linforragia debida á la dilatacion varicosa de los linfáticos de los riñones, dilatacion semejante á la que Camille Desjardins observó en el muslo de una mujer. En los paises en que se presenta la orina quilosa tienen ordinariamente los individuos los vasos linfáticos exteriores varicosos.

Si tenemos en cuenta las noticias de Griessinger y de John Harley, se comprenderá mas claramente todavía la posibilidad de los trayectos que ponen en comunicacion las vias urinarias con los vasos linfáticos y quilíferos; el instrumento de la perforacion no será otro mas que el parásito descrito con el nombre de *Bilharzia hæmatobia*.

El tratamiento de esta enfermedad será indicado con el de la hemorragia renal.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de la enfermedad varía mucho, segun los casos. Sin embargo, en general se puede decir que el carácter de la hematuria renal es el de presentarse con intervalos mas ó menos largos. Las alternativas de aparicion y de cesacion de la hemorragia se repiten ordinariamente gran número de veces, sobre todo en las afecciones orgánicas crónicas, como el *cáncer del riñon*. Los autores han referido muchos hechos en que, como he manifestado anteriormente, la hemorragia era *sucedánea* de otros flujos sanguíneos, cuyo carácter es el de presentarse periódica ó casi periódicamente, como los *menstruos* y ciertas *hemorroides*. En semejante caso la hematuria renal es *periódica* como el flujo á que reemplaza. Sin embargo, es necesario observar que en gran número de casos citados como ejemplos de esta hematuria sucedánea, de ningun modo es cierto que tuviese la hemorragia su orígen en los riñones.

La hematuria *esencial*, y principalmente la hematuria renal es-

(1) Gubler, *Hématurie de l'île de France envisagée comme une lymphorrhagie de l'appareil uro-poïétique (Compte rendu des séances* et *Mémoires de la Société de biologie*, 2.ª série, t. V, année 1858. Paris, 1859, p. 98).

démica de la Isla de Francia, es la que presenta con mas frecuencia que cualquier otra de una manera contínua y *crónica*; pero tambien se debe decir que hay en la abundancia de sangre en la orina grandes variaciones que se presentan, no solo con diversos intervalos, sino tambien diariamente, siendo aquellos á veces muy considerables. No se han hecho suficientes investigaciones para saber en qué período de las diversas enfermedades que dan lugar á esta hemorragia se presenta esta mas ó menos abundante.

La *duracion* de la hematuria es indeterminada en la mayor parte de los casos. En las afecciones orgánicas de los riñones puede prolongarse hasta lo último de la existencia que contribuye á abreviar. Cuando es ocasionada por cálculos, se suspende si estos cuerpos extraños cesan ellos mismos de irritar las partes que los encierran, pero ordinariamente es para reproducirse inmediatamente que empieza de nuevo esta irritacion.

En la *hematuria endémica* la duracion puede ser de muchos años, y á veces la hemorragia es seguida de una excrecion de orina quilosa, lo que se puede considerar como la continuacion de la hemorragia bajo otra forma.

El carácter de la hematuria renal crítica es de no dudar mas que muy poco tiempo, solo algunos dias ó algunas horas; pero ya hemos manifestado poco hace cuán dudosa es la existencia de esta especie.

Las mismas distinciones hay que hacer respecto de la *terminacion* de la enfermedad. La hematuria renal sintomática de una afeccion orgánica puede, como hemos visto, ocasionar la muerte por sí misma; pero ordinariamente no hace mas que acelerar la terminacion fatal debida á la enfermedad principal, causando á los enfermos una extenuacion rápida. Se han visto desaparecer algunas hematurias para no volver mas, que precisamente son las que se han atribuido á la plétora, y que principalmente se han designado con el nombre de hematurias *activas*; pero en semejante caso, ¿provenia la sangre de los riñones?

Es raro que la *hematuria endémica* se termine por la muerte; porque, ó bien la enfermedad que se ha desarrollado en la infancia cesa despues de uno ó muchos años de duracion, ó bien se trasforma en *flujo quiloso*, que puede persistir hasta una edad avanzada.

§ V.—Lesiones anatómicas.

No debemos detenernos mucho en las lesiones anatómicas; pues cuando la sangre ha encontrado una salida libre, no se ve en los riñones mas que una simple congestion en algunos casos; en otros se observan equímosis en la superficie de estas cavidades, ó bien un cáncer ó cálculos; por último, así como en otros muchos casos de hemorragias se [illegible] encuentran estos órganos alterados de una manera á [illegible]

No volveremos sobre la historia de los entozoarios encontrados en las vias urinarias en casos de hematuria: los detalles que hemos dado (pág. 666) nos parecen suficientemente claros. En la fiebre biliosa hematúrica del Senegal, *Barthelemy-Benot*, ha encontrado, como *Pellarin*, lesiones renales que deberán tenerse presentes. El riñon, segun este autor, está comunmente aumentado de volúmen y siempre de peso; su túnica propia engrosada, el órgano muy colorado y con numerosas placas equimóticas negruzcas: estas placas se continúan con equímosis de la sustancia cortical, y aun de la tubulosa: la coloracion es debida á una infusion sanguínea intersticial que llega en algunos casos hasta el estado de foco hemorrágico ó de núcleo apoplético, observándose á consecuencia de esto el órgano mas ó menos reblandecido y muchas veces desorganizado en estos puntos. La pélvis del riñon está habitualmente vacía, el sistemva enoso turgente, la uretra normal, la vejiga contraida sobre sí misma, pero su mucosa completamente sana. En los riñones no se acredita degeneracion glandular.

Algunas veces se halla sangre acumulada en la pélvis del riñon, y es que entonces existe un obstáculo al curso de este líquido, lo que se confirma por medio de la autopsia, y se ve consistir en un cálculo, un acefalociste, un simple coágulo voluminoso introducido en el uréter sin poderle recorrer, un tumor que comprime este conducto, etc. Si el obstáculo está situado en un punto inferior del uréter, se encuentra además sumamente dilatada la parte superior de este conducto. Finalmente, se puede hallar sangre acumulada y coagulada en la vejiga.

Cuando la sangre se ha acumulado lentamente en la pélvis del riñon, es por lo comun negruzca y líquida, ó no presenta mas que una cantidad proporcional de coágulos poco considerables, y á veces está como descompuesta y fétida. Si se ha efectuado la acumulacion rápidamente, son mucho mas abundantes los coágulos.

La distension del riñon por la sangre acumulada en su interior es algunas veces muy considerable, como hemos visto mas arriba; pero este hecho no se ha presentado sino cuando se ha verificado lentamente la hemorragia interna. Entonces se encuentra este órgano adelgazado y trasformado en una vasta bolsa que ocupa gran parte del abdómen.

La coagulacion de la sangre en la sustancia tubulosa, puede comprimir una porcion de la glándula, determinando así la atrofia, ó ser el punto de partida de una degeneracion de mala naturaleza. (Roberts.)

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Cuando la sangre fluye libremente al exterior y con cierta abundancia, evidentemente nada es mas fácil que conocer la hematuria.

¿Pero proviene la hemorragia de los riñones? Hé aquí dónde empieza la dificultad.

En primer lugar se puede preguntar si la sangre procede de uno de los *uréteres*; sin embargo de que son muy raros los casos en que estos conductos son el asiento de una hemorragia, se han citado algunos ejemplos de ella, y Rayer ha referido algunos muy notables. Es preciso decir además que esta cuestion no se puede resolver en el estado actual de la ciencia, y que cuando la hemorragia de los uréteres se ha presentado á la observacion, ha sido imposible designar su verdadero sitio. Los casos de esta especie pertenecen á la hematuria producida por un cálculo, y son raros.

Menos difícil es conocer que la sangre proviene de los riñones y no de la *vejiga*. Sin embargo, hay casos en que este diagnóstico presenta tambien grande incertidumbre. Así es que Rayer, al tratar de este asunto, se explica en los siguientes términos: «Si se exceptúan los casos de *fungus de la vejiga*, de *cistitis calculosa* y de *tubérculos de la vejiga con cistitis*, enfermedades cuyo diagnóstico no presenta en general grandes dificultades, hay pocas ocasiones en que no se pueda suponer que la sangre expelida con la orina viene de la vejiga. Sin embargo, se ven hematurias procedentes de los riñones que simulan las hematurias que provienen de la vejiga y *viceversa*. Tambien añade que cuando la hematuria es vesical, rara vez es esencial, y que va casi siempre precedida de los síntomas propios de las demás enfermedades de la vejiga, tales como los de la *cistitis* simple ó calculosa, del *cáncer*, etc. Sin embargo, se han citado algunos casos de hematuria que reemplazaban á un flujo hemorroidal, y en los que parecian circunscritos al hipogástrio el dolor y los principales accidentes.» (Rayer.)

Independientemente de los signos que hemos indicado como síntomas y de los suministrados por el exámen microscópico, Roberts hace todavía notar que la sangre que procede del riñon está mezclada uniformemente con la orina, y le comunica un tinte rojizo oscuro, que por el reposo deposita grumos de color de chocolate: cuando procede de otra parte de las vias urinarias, la coloracion de la orina es del bermellon y por chapas mas vivas, conteniendo el depósito coágulos fácilmente apreciables.

El diagnóstico de la hematuria, siendo la cantidad de sangre escretada abundante, no ofrece en general grandes dificultades; no obstante, existian en este propósito algunos preceptos útiles que dejo expuestos mas arriba: si ofrecieran duda, la investigacion microscópica hará reconocer la presencia de los glóbulos sanguíneos; pero aun despues de desvanecer este error, se hace preciso fijar la parte del aparato urinario de que proviene la sangre. Civiale (1) se ocupó de este asunto con gran cuidado, indicando excelentes signos para

(1) Civiale, *Maladies des organes génito-urinaires*, 3.ª edicion, Paris, 1860, t. III, página 355.

el diagnóstico. En la uretritis la sangre sale ordinariamente por gotas sin mezcla de orina; en la hematuria por enfermedad de la vejiga se ve salir especialmente cuando el enfermo concluye de orinar, y en general la primera orina no la contiene.

En las hemorragias del riñon nunca sale la sangre pura, como se ha dicho antes. Esto es lo que las distingue principalmente de las *hemorragias uretrales*, en las que por otra parte sale la sangre rastreando, y sin esfuerzo de excrecion urinaria. Si quedasen algunas dudas, tambien se puede introducir una sonda en la vejiga; la orina en este caso sale clara, y solo las primeras gotas están teñidas por la sangre que ha podido penetrar en la sonda en el momento en que ha atravesado la uretra.

Cuando la sangre que proviene de los riñones es en muy corta cantidad, se puede, como he hecho notar ya, desconocer que existe la enfermedad. No obstante, se llega en este caso fácilmente á formar el diagnóstico por los medios que he indicado al describir los síntomas. Por otra parte, solo cuando ha habido ya una hematuria perceptible es cuando hay interés en asegurarse de si existe todavía cierta cantidad de sangre en la orina.

Finalmente, se puede diagnosticar la *retencion de sangre* en las cavidades urinarias (la hemorragia interna) por medio de las noticias exactas que se pueden adquirir de que el sugeto ha tenido una ó mas hematurias, y teniendo en consideracion los síntomas locales, la debilidad y el aniquilamiento de los enfermos. El peso, el dolor y el tumor en la region de los riñones, indican que este órgano es el sitio de la retencion. Existiendo síntomas análogos en el hipogástrio, dan á conocer que se verifica la acumulacion de sangre en la vejiga, y el cateterismo viene á ayudar al diagnóstico.

§ VII.—Tratamiento.

Supongamos en primer lugar una hemorragia del riñon que no está acompañada de los síntomas locales de una afeccion orgánica de este órgano, y que se puede considerar como *esencial*. Si el enfermo es robusto, si ha presentado los signos que preceden á las hemorragias á que se da el nombre de *activas*, se recomienda generalmente *no oponerse demasiado pronto al flujo de sangre*. Entonces todo el tratamiento consiste en ciertas precauciones bien sencillas, que se ordenan en todas las hemorragias, y son las siguientes:

Se mantendrá la habitacion á una *temperatura moderada*.

El enfermo debe guardar *quietud* en posicion horizontal.

Tomar algunas *lavativas emolientes* para evitar hacer esfuerzos para defecar.

Someterse á un *régimen* suave y ténue.

Tales son, unidos á algunas *bebidas atemperantes*, los medios bien sencillos que se emplean contra la hemorragia.

No hay un solo caso de los indicados hasta ahora que no pueda presentar en ciertas circunstancias una de esas *hemorragias sumamente abundantes* que por sí mismas pueden causar la muerte. Estos casos, sumamente raros, se han observado principalmente en la hematuria esencial, en sugetos que ofrecian una propension á las hemorragias, lo que ha hecho que se diese á estas afecciones el nombre de *contitucionales*, y en las que reconocen por causa las lesiones orgánicas de los riñones. Pero cualquiera que sea esta causa, se debe obrar del mismo modo, y hacer uso de los medios indicados contra las grandes hemorragias (véase *Epistaxis*, *Hemotisis*, etc.), tales como la *aplicacion* del *agua fria*, del *hielo*, las *bebidas frias*, *aciduladas*, etc.

Las aplicaciones frias deben hacerse en el sitio mas próximo posible al asiento del mal, y así en la hemorragia que nos ocupa se elegirán con preferencia los lomos y los vacíos. No obstante, se ha observado á veces un efecto mas pronto de las inyecciones hechas en el recto y hasta en la vejiga. Para las lavativas se usa *agua muy fria*, á la que se añade una corta cantidad de *vinagre*, y en la vejiga se inyecta agua con una corta cantidad de *acetato de plomo*. La temperatura de la habitacion debe ser mas baja, y la quietud todavía mas completa que en el caso anterior.

Si la hemorragia es poco considerable, pero se reproduce á intervalos cortos, puede ocasionar la *anemia* y una *extenuacion* bastante rápida. Estos son los casos en que se han recomendado los *astringentes* y los *antihemorrágicos*, tales como la *ratania*, el *tanino*, *el cornezuelo de centeno*, etc., los *tónicos*, y la *quina* en particular, y los *ferruginosos*; pero como la administracion de estos remedios no ofrece nada de particular, seria caer en repeticiones inútiles el entrar en mayores detalles acerca de este punto, siendo fácil hacer aplicacion á los diferentes casos de cada uno de estos medios, segun los hemos expuesto en la historia de las hemorragias anteriormente estudiadas.

El doctor Rayer ha expuesto en un resúmen el tratamiento que se emplea contra la hemorragia endémica de la isla de Francia, y tomamos de este autor los pormenores siguientes: «Abandonada á sí misma *(método expectante)* esta hemorragia habitual, complicada ó no con arenillas, se cura expontáneamente y sin necesidad de emigrar, al cabo de algunos meses ó años, cuando no es bastante abundante para deteriorar la constitucion...

»En la isla de Francia, ó en el continente, la *sangría*, combinada con la administracion de *bebidas aciduladas* y con el uso de la *ratania*, y ayudada de la *quietud*, ha suspendido la hemorragia por algun tiempo.

»Pero las *emisiones sanguineas*, necesarias á veces en el principio de esta hemorragia, ó en su curso en algunos casos excepcionales, se hallan *formalmente contraindicadas* en una porcion de casos en que

las pérdidas repetidas de sangre han deteriorado la constitucion... Cuando los niños se han quedado pálidos y lánguidos despues de estas especies de hemorragias, son útiles las *preparaciones ferruginosas*, y se favorecerán los buenos efectos de esta sustancia por medio de una *nutricion sustanciosa* y un *ejercicio moderado*.

Ha habido sugetos que padeciendo esta hemorragia contrajeron una blenorragia, y el *bálsamo de copaiba* empleado contra esta última enfermedad, no tan solo ha logrado su curacion, sino tambien la de la hematuria.

»Cuando la hematuria endémica de la isla de Francia *está complicada con arenillas de ácido úrico*, se deben asociar á los medios anteriormente indicados los *polvos y bebidas alcalinas* (1), hasta que el depósito de la orina, dejándola aposar, casi no contenga ya ácido úrico cristalizado...

»Cuando esta hematuria resiste á los medios anteriormente indicados, el medio que se puede aconsejar para hacer cesar la enfermedad es la *emigracion*, y en efecto, ha bastado á algunos enfermos dejar la isla de Francia y venirse á vivir á Europa, *pais templado*, para obtener la curacion de su hematuria, sin hacer ningun otro remedio. Pero en algunos colonos esta curacion ha sido solo temporal, y se ha declarado de nuevo esta enfermedad á su regreso á la isla de Francia, ó bien han presentado otra alteracion de la orina (orina quilosa ó albuminosa y grasienta). Hay, pues, tambien que convenir en que un viaje á Francia no es un medio infalible, pues la enfermedad ha continuado á veces sin modificarse sensiblemente por el cambio del clima; pero en estos casos tambien han sido estériles la mayor parte de los remedios, ó se ha declarado el alivio tan tarde y de un modo tan oscuro, que han venido á quedar indeterminadas las causas á que se han debido.»

Estos medios, á los que los médicos del Brasil añaden los *baños frios salados*, y sobre todo *los de mar*, apenas difieren, como se ve, de los que se emplean en todos los paises contra las diversas hemorragias. Conviene, no obstante, observar con cuidado este efecto del *bálsamo de copaiba* en algunos casos, porque el médico está autorizado por los hechos á administrar esta sustancia contra la misma hematuria, y hay motivos para esperar de ella buenos resultados.

Los tratamientos empleados contra las orinas quilosas no parecen haber tenido jamás un completo éxito: el medicamento que mas beneficioso resultado obtuvo ha sido el *ácido gálico* ensayado desde luego por Bence Joner. El enfermo de Priestley no pudo soportarle á causa de las náuseas que le produjo. Se da á la dósis de 2 gramos por dia, dósis que se levanta progresivamente hasta 9 gramos. Bunyan (2) de George Towne (guiana inglesa), por consejo de una negra

(1) Expondremos detalladamente este tratamiento en el artículo destinado á los CÁLCULOS RENALES.
(2) Bunyan, *Lancet*, 1846.

ensayó el cocimiento de la corteza del *rizophora recemosa* á la dósis de 30 gramos por dia, y obtuvo ventajosos resultados.

Las nociones que poseemos hoy acerca de la naturaleza de la hematuria endémica y de la orina quilosa autorizarian el empleo de los parasiticidas, y en particular de la *trementina*.

Si acompañan á la hematuria dolores mas ó menos fuertes en la region renal con *síntomas de excitacion*, y sobre todo si hay verdadera *nefritis*, lesion que sin motivo se ha considerado como una coincidencia frecuente de la hematuria, seria preciso insistir en los medios que hemos indicado al hablar de la *hematuria esencial*, y hacer además *emisiones sanguíneas* mas ó menos abundantes, segun las fuerzas del enfermo. Hemos visto que estas emisiones se emplean tambien en la hematuria endémica de la isla de Francia.

Si hubiese una *retencion de sangre* en la cavidad de los riñones, del uréter ó de la vejiga, se deberia tratar primeramente de *hacer desaparecer el obstáculo* que se opone al libre curso de la sangre, y en seguida calmar por los *atemperantes* y los *opiados* los accidentes de *cólico nefrítico* que suelen acompañar á este estado. Por último se aplicarian *sanguijuelas* ó *ventosas escarificadas* á la region lumbar, con el objeto de combatir la irritacion y el dolor local que resulta de la acumulacion de sangre en los órganos. Cuando este líquido se ha acumulado *en la vejiga*, se puede dar salida por los medios mecánicos á la masa sanguínea coagulada que obstruye este órgano; pero como tendremos que exponer este tratamiento al hablar de la hematuria vexical, reservamos sus detalles para el artículo destinado á esta afeccion.

ARTÍCULO II.

PIELITIS.

Rayer fué el primero que distinguió perfectamente la inflamacion de las pélvis y de los cálices de la del tejido renal; mas no se crea por esto que esta enfermedad era desconocida antes de este autor, pues precisamente es la que todos han descrito bajo el nombre de nefritis, y en particular de nefritis calculosa.

La *pielitis simple* puede existir, y Rayer ha citado ejemplos de ella, y se hallan algunos en los diversos autores. Pero las mas veces depende esta afeccion de la presencia de cálculos mas ó menos voluminosos, y en mayor ó menor número en el cáliz y en la pélvis, y por consiguiente está claro que no todos los accidentes que entonces se observan resultan de la inflamacion de las paredes de esta cavidad, y que hay algunos que son debidos al simple desprendimiento de los cálculos, y que hasta pueden preceder á toda inflamacion.

En la historia de la pielitis se ha ocupado Rayer en probar que si el conocimiento de los cálculos renales y de la existencia de colec-

ciones purulentas en los riñones datan ya de la mas remota antigüedad, no ha sido realmente hasta estos últimos años cuando se han apreciado con exactitud las alteraciones producidas por los cálculos en las pélvis y en los cálices, y por consecuencia en la sustancia renal. Es cierto que hasta una época muy próxima á nosotros, y puede decirse hasta Rayer mismo, se ha considerado á la inflamacion que resulta de la presencia de cálculos en la glándula renal, como que ocupaba la sustancia de esta glándula sin establecer distincion entre las paredes de la pélvis y las demás partes de los riñones. Sin embargo, no cabe duda de que muchos autores no han comprendido perfectamente que no tan solo la inflamacion podia invadir primero la cavidad del órgano, sino invadirla tambien exclusivamente. Pero esto es lo que hay necesidad de indagar en los hechos y no en el lenguaje, porque hasta el profesor Chomel (1) siempre se ha visto una nefritis en los casos en que los cálculos renales habian ocasionado la inflamacion.

No creo que debemos presentar aquí una historia de esta enfermedad, trabajo que, sin embargo, nos seria bien fácil, pues Rayer nos ha suministrado todos los materiales. Nos contentaremos, pues, con decir que el conocimiento de la inflamacion de los riñones se remonta á la mas lejana antigüedad, pues ya se hallan indicaciones de ella en Hipócrates, y Rufo, Galeno, Areteo, etc., hacen la descripcion de los *abscesos* que ocasionan los cálculos.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se da el nombre de *pielitis* á la inflamacion de los cálices y de las pélvis, ya sea producida por la presencia de cuerpos extraños, ya sea resultado de la flegmasía de otro órgano, ó que, en fin, se desarrolle expontáneamente.

Esta es la enfermedad que se ha descrito, como hemos tenido ocasion de decirlo repetidas veces, con el nombre de *nefritis*, *absceso de los riñones*, etc.; pero, sin embargo, no se vaya á creer que todos los hechos que se refieren con estas diversas denominaciones deben considerarse como simples pielitis, porque en efecto hay algunos en que la inflamacion residia realmente en la sustancia renal, y otros en que la flegmasía de los cálices y de las pélvis se habia propagado á esta sustancia. No debemos, pues, ver en las denominaciones antiguas una apreciacion falsa de la enfermedad, sino tan solo una confusion de varios estados patológicos distintos.

La *frecuencia* de la pielitis es muy diversa, segun que se la considere *simple* independiente de todo cuerpo extraño, ó que reconozca por causa la presencia de un cuerpo extraño cualquiera. La primera es relativamente muy rara, aunque, sin embargo, hay, segun Rayer,

(1) Chomel, *Recherches sur la néphrite ou inflamation des reins.* (*Archives générales de médecine*, 2.ª série, t. XIII).

una especie que es mas frecuente de lo que comunmente se cree, cual es la *pielitis blenorrágica*. Volveremos á ocuparnos de este punto al hablar de las causas.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes*.—Relativamente á la *edad*, en nada tenemos que cambiar lo que hemos dicho en el artículo *Nefritis;* la pielitis simple es casi desconocida en los niños, y todas las especies de esta enfermedad son mucho mas comunes en la edad adulta y en la vejez, que en los primeros años de la vida.

Segun casi todos los autores, el *sexo* masculino está mucho mas expuesto á esta afeccion, y los hechos confirman este aserto. Carecemos de datos exactos respecto de la *constitucion*, del *temperamento* y de los *climas*, y en cuanto á las demás causas predisponentes, solo podríamos entregarnos á simples conjeturas.

2.° *Causas ocasionales*.—La pielitis puede resultar de una *violencia exterior*, lo mismo que la nefritis, pero las *heridas* que penetran hasta la pélvis son las que las producen con mas frecuencia. Esta es á la que se ha dado el nombre de *pielitis traumática*.

Entre todas las pielitis ninguna hay ciertamente tan frecuente, ni con mucho, como la que reconoce por causa la existencia de cálculos renales en los cálices y en la pélvis, y que ha descrito Rayer con el nombre de *pielitis calculosa;* esta es la nefritis calculosa de los demás autores. Otros cuerpos extraños, como los *acefalocistes* y el *estróngilo*, dan orígen á una pielitis que puede unirse á esta.

La *distension* de las cavidades renales *por la orina y por el pus*, es una causa mucho mas frecuente de pielitis que de verdadera nefritis.

Se puede aplicar á la afeccion que nos ocupa todo lo que hemos dicho relativamente á la influencia de las *sustancias ingeridas* en la produccion de la nefritis simple (1). Parece que los *diuréticos* y la *trementina* deben obrar con mas actividad sobre las membranas del cáliz y de la pélvis que sobre la sustancia misma del riñon, como parece indicarlo su accion sobre la vejiga; sin embargo, esto no pasa de una conjetura.

No se puede decir otro tanto de las *cantáridas*, cuya accion es evidente, y en efecto Bouillaud (2) ha referido casos en que la aplicacion de vejigatorios sobre ventosas escarificadas ha producido una pielitis con albuminuria de mayor ó menor duracion. En un sugeto que ha sucumbido halló inflamada la superficie interna de los cáli-

(1) Bouillaud, *Revue médico-chirurgicale de Paris*, Enero y Febrero de 1848, y el *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1847, t. XII, pp. 744, 779 y 812.

(2) Bouillaud, *Revue médico-chirurgicale de Paris*, Enero y Febrero 1848, et *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1847, t. XII, p. 744, 779, 812.

ces, de la pélvis y de los uréteres, con produccion de falsas membranas.

Se ha observado igualmente la *extension de la flegmasía* de la vejiga y de los uréteres á los riñones, respecto á cuyo punto conviene hacer una observacion importante. «En el curso de la blenorragia, dice Rayer, y sobre todo despues de su supresion repentina, sobreviene, y con mas frecuencia de lo que creen la mayor parte de los prácticos, una inflamacion ligera, pero rebelde, de la membrana mucosa de la vejiga, inflamacion que de los uréteres se propaga hasta la pélvis y va acompañada de dolores renales.» Es lástima que Rayer no haya hecho por separado la historia de estas especies de pielitis, porque pueden suscitarse algunas dudas acerca de la frecuencia, no de la inflamacion vesical consecutiva á la blenorragia, puesto que esta todo el mundo la conoce, sino de la extension de esta flegmasía á la pélvis, cuyo conocimiento se halla menos generalizado. Por lo demás, esta es la especie á que este autor ha llamado *pielitis blenorrágica*.

§ III.—Síntomas.

Los síntomas de la pielitis se componen de los que son debidos directamente á la inflamacion de los cálices y de la pélvis, y de los de la lesion primitiva que ha sido la causa de la irritacion renal. Vamos á ocuparnos únicamente de los primeros.

Invasion.—Solo de un modo muy imperfecto conocemos la invasion de la *pielitis simple* independiente de la existencia de cuerpos extraños. En cuanto á la *pielitis calculosa* tiene por lo comun de notable que sucede á un ataque mas ó menos intenso de *cólico nefrítico*. Sin embargo, conocemos un gran número de casos en que se ha desarrollado la inflamacion de las pélvis, del cáliz y consecutivamente de la sustancia renal, á consecuencia de cálculos y sin cólico nefrítico: en tales casos el primer síntoma de la enfermedad han sido los dolores sordos en la region lumbar, que en seguida se han hecho mas intensos, y las alteraciones de la secrecion urinaria, que expondremos mas adelante. Lo mismo sucede cuando la causa de la afeccion son otros cuerpos extraños como las *lombrices renales*.

Síntomas.—Conviene hacer una distincion importante en la descripcion de los síntomas entre la pielitis aguda y la crónica.

1.° *Pielitis simple aguda.* Esta forma se presenta con mas frecuencia en el estado simple que en el complicado, á lo menos si se atiende tan solo á los casos en que la afeccion permanece aguda durante su curso, porque no cabe duda de que en la mayor parte de las pielitis producidas por cuerpos extraños, y cuyo curso llega á ser en una cierta época esencialmente crónico, se presentan en su principio con todos los caractéres de una enfermedad aguda.

El dolor renal en la *pielitis aguda simple* es por lo comun media-

namente intenso, y en la que es efecto de un cuerpo extraño que no sean los cálculos, tampoco es notable por su violencia, y suele ser mas bien una simple *incomodidad* con exacerbaciones mas ó menos frecuentes. Finalmente, cuando han sido cálculos los que han ocasionado la enfermedad, hay que tener cuidado de no tomar como un síntoma de la pielitis lo que es debido al desprendimiento de los cálculos y á la irritacion que esto produce en las paredes inflamadas. La prueba de esto es que despues del primer ataque de cólico nefrítico, cuando el cálculo se ha acomodado en la pélvis y ha ocasionado en este punto una inflamacion supurativa, suele observarse, no el aumento del dolor, como debiera suceder si la causa hubiera sido la inflamacion, sino al contrario, que disminuye notablemente.

Hay además una observacion que es aplicable á todas las *pielitis producidas por cuerpos extraños*, y es que por lo comun estos cuerpos que obstruyen las vias urinarias ocasionan la acumulacion de la orina y del pus en las partes superiores, distienden el riñon y causan por estos motivos dolores independientes de la inflamacion, puesto que en circunstancias análogas se los veria aparecer sin que existiese esta.

La misma reflexion debe hacerse relativamente á la *supresion de la secrecion urinaria*, que no debe atribuirse á la pielitis, sino á los cuerpos extraños que dan orígen á la una y á la otra. Otros son, pues, los caractéres que se deben buscar en la secrecion de la orina.

Entre estos caractéres, los dos sin duda mas importantes son, sin contradicion, la presencia de *moco* y *de pus en el líquido urinario*. Es verdad que han dicho los autores que la hematuria era uno de los primeros síntomas que anunciaban la enfermedad; pero si se examinan los casos de pielitis simple y aquellos en que aunque dependiente esta afeccion de la presencia de cuerpos extraños solo se presenta con los síntomas que le son propios, veremos que la hematuria no es mas que un accidente semejante á los que acabamos de mencionar.

Cuando aparece el *moco* en mas abundancia que en el estado sano, se percibe por los caractéres siguientes. En el momento de la emision de la orina da á este líquido un aspecto turbio, y despues, cuando se ha reunido en el fondo de la vasija, se presenta bajo la forma de un sedimento un poco filamentoso, mas ó menos abundante y de color opalino. Entre el momento de la emision y el del completo reposo, forma copos ligeros, semitrasparentes, ó una nubecilla blanca con una tinta brillante, que permanece por algun tiempo en suspension. Esta cantidad anormal de moco dependiente de la inflamacion y á la que se da el nombre de moco pus, solo puede distinguirse del pus por la inspeccion microscópica de sus glóbulos; pero si se trata por el éter, nunca presenta vestigios tan evidentes de materia grasa como el pus (Rayer).

«Cuando á consecuencia de una inflamacion de la membrana mucosa de las vias urinarias.... dice Rayer, se deposita en la orina cier-

ta cantidad de *pus*, el líquido está turbio, blanquecino ó latescente en el momento de la emision. Recogido en un vaso trasparente y abandonado á sí mismo, se separa pronto en dos capas, una superior trasparente ó ligeramente turbia, que tiene el color del suero ó de la orina cargada de color, y otra inferior formada por un depósito opaco, ordinariamente de color blanco mate, lechoso, casi semejante al de la cera, ó ligeramente amarillento. El nivel de esta capa purulenta es bien manifiesto, y no se confunde con la última capa de la orina que se halla encima.» Si se pone una gota de pus sobre un cristal y se vierte encima un poco de éter, se disuelve la materia grasa y queda aparente en el cristal despues de la evaporacion, este es, vuelvo á repetirlo, el principal carácter que distingue el pus del moco.

Cierto grado de *fiebre* y por consiguiente un trastorno mas ó menos manifiesto en algunos casos de las funciones principales, completan el cuadro de la pielitis simple aguda, enfermedad todavía mal estudiada.

2.° *Pielitis calculosa aguda.* Si se lee con detencion la descripcion que ha hecho Rayer de esta especie de pielitis, se halla que haciendo abstraccion de los accidentes de cólico nefrítico causados por la presencia de los cálculos, la enfermedad no se diferencia de la que acabamos de describir, á no ser por su mayor intensidad. Sus caractéres principales son siempre el *dolor renal* y la presencia de la orina, primero de *moco pus*, y luego de *pus verdadero* en mayor ó menor abundancia. Los *síntomas generales* están en relacion con los dolores causados por los cálculos y con el grado de inflamacion. Lo mismo sucede en las *pielitis dependientes de otros cuerpos extraños*.

No parecerá, pues, sorprendente á los que hayan comprendido bien nuestro modo de considerar las afecciones de los riñones, que tratemos en tan pocas palabras una enfermedad á la que bajo diversos nombres han consagrado los autores un gran número de páginas. En efecto, saben que daremos todos los detalles necesarios en los artículos *Arenillas*, *Cálculos renales*, *Cólico nefrítico*, y *Retencion de la orina y del pus en los riñones*.

3.° *Pielitis simple crónica.* La *pielitis simple crónica* es una enfermedad que si se ha observado algunas veces, á lo menos solo se halla indicada en casos sumamente raros. No sucede lo mismo con la *pielitis calculosa crónica*, que acompaña casi siempre las concreciones urinarias que tienen su asiento en el riñon.

4.° La *pielitis calculosa crónica*, cuya descripcion puede aplicarse con ligerísimas variaciones á la inflamacion de las pélvis causada por la presencia de lombrices renales, *empieza* por lo comun por los síntomas de la pielitis aguda, acompañados de los del cólico nefrítico. Despues de un tiempo variable parece remiten estos síntomas, pero la salud no se restablece completamente, queda en el riñon un *dolor* sordo, y la *orina contiene siempre cierta cantidad de pus*. En seguida aparecen el *enflaquecimiento*, la *extenuacion* y la *fiebre héti-*

ca, indicios de la destruccion del riñon, y el enfermo concluye por sucumbir demacrado, háyase ó no formado un absceso en la region renal.

5.° *Abscesos renales*. Cuando cálculos voluminosos y en gran número han ocasionado en el riñon una inflamacion prolongada, suelen aparecer los abscesos que despues de haber invadido una gran parte del órgano se vacían en las vias urinarias, haciendo así mucho mas considerable la cantidad de pus en la orina, ó que se extienden hácia las paredes lumbares, por las cuales tienen propension á abrirse paso al exterior, ó en fin, ocasionan la perforacion de las demás cavidades (intestinos, estómago, pulmones, peritoneo).

Los *abscesos* que llegan á manifestarse en la region lumbar se forman por lo comun del modo siguiente: uno ó varios cálculos producen la inflamacion de la sustancia renal, que termina por destruirse y dar un paso suficiente para que una de sus asperezas irrite el tejido celular inmediato; este tejido se inflama y supura, los riñones continúan desorganizándose, y al cabo de cierto tiempo queda el cálculo al descubierto en el tejido situado detrás del riñon.

De ahí el que estos abscesos puedan dirigirse hácia la pequeña pélvis ó á la region inguino-crural. Leroy (d'Étiolles) (1) ha exhibido á la Sociedad de Medicina del departamento del Sena, un enfermo que tenia un absceso lumbar y otro en la íngle. Por el absceso lumbar salian cálculos de fosfato amoniaco-magnesiano; Leroy (d'Étiolles) dilata la fístula y rompe los cálculos que en arenas salieron por la uretra, y este es el cuarto caso de este género conocido de este ilustre práctico.

No nos extenderemos en la descripcion de estos abscesos producidos por los cálculos, que interesan mucho mas al cirujano que al médico, y solo haremos notar que no se diferencian sensiblemente por sus síntomas y su curso de los que hemos descrito al hablar de la *nefritis simple* y de los *tumores acefalocísticos*, y que solo tienen de particular que han precedido á su aparicion la hematuria, el cólico nefrítico y la presencia de arenillas en la orina, circunstancias que conviene no perder de vista.

Cuando los abscesos que contienen cálculos se abren en los otros órganos que hemos indicado, constituye el síntoma capital la *salida de estas concreciones* por una via insólita, y así se han observado cálculos expelidos por *vómitos* y por *cámaras*. Cuando se verifica la rotura en el peritoneo, ocasiona una *peritonitis sobreaguda* y mortal.

Hay otra lesion que tiene grande analogía con los abscesos y que merece ocupar un instante nuestra atencion: hablo de la *retencion del pus* en la pélvis renal, de donde resulta una acumulacion por lo comun muy considerable de este líquido y la distension del riñon.

Esta retencion ofrece síntomas análogos á los de la *retencion de*

(1) Leroy (d'Étiolles), *Gazette hebdomadaire*, 1858.

orina ó *hidronefrosis*, que describiremos mas adelante, por lo que no entraremos ahora en mayores detalles.

Si en el curso de una pielitis causada por un cuerpo extraño este obstruye mas ó menos el uréter, la orina y el pus se acumulan por encima y producen los accidentes siguientes: cuando la *obstruccion es completa*, la orina, que antes era purulenta, se presenta clara, aparece el dolor renal ó se exacerba si ya existia, y palpando el abdómen se percibe un tumor ordinariamente abollado por delante del riñon afectado. Algunos enfermos refieren haber percibido el *ruido de colision* causado por los cálculos contenidos en la bolsa purulenta cuando hacian algun movimiento. Pronto se presenta la fiebre, sobrevienen vómitos y puede terminar este estado de tres modos: 1.° Sucede con bastante frecuencia, que desapareciendo el obstáculo, el pus detenido se abra paso al través de los orificios urinarios, y el enfermo expela en poco tiempo una gran cantidad de orina muy purulenta. 2.° A veces persiste siendo el obstáculo y haciendo cada dia mas graves los accidentes, sucumbe el enfermo demacrado ó con síntomas cerebrales. 3.° En algunos casos mucho mas raros hay rotura de la bolsa purulenta en una de las cavidades anteriormente indicadas, ó en el tejido celular situado detrás del riñon, y entonces sucede lo mismo que en los casos de *abscesos de la sustancia renal y del tejido inmediato*.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de la enfermedad en el estado agudo es rápido, sobre todo cuando la pielitis es resultado de un cálculo y la inflamacion desaparece con la mayor prontitud, desde que ha cesado de obrar la causa. La *pielitis crónica* puede marchar con mucha lentitud; pero es comun observar que los accidentes del estado agudo se reproducen frecuentemente con grande intensidad, lo cual depende de que siendo la enfermedad el resultado ordinario de la existencia de los cálculos, el menor desprendimiento de estos puede ocasionar los síntomas mas graves.

La *duracion de la pielitis aguda* puede ser muy corta por la razon que acabo de indicar; mas la de la crónica es ordinariamente larga. La pielitis aguda *termina* por la curacion cuando es simple, lo cual es raro. Segun Rayer, la que él llama *pielitis blenorrágica* suele ser rebelde al tratamiento. Cuando la pielitis depende de la presencia de un cálculo ú otro cuerpo extraño, termina pronto por la curacion, si este cuerpo es expulsado, y en el caso contrario pasa siempre al estado crónico. Rayer ha hablado de una terminacion de la pielitis por gangrena, de la que ha hecho una especie que ha denominado *pielitis gangrenosa*; pero esta gangrena solo se presenta en los casos en que hay otras afecciones muy graves, de las cuales la gangrena del riñon es tan solo una consecuencia.

Cuando tiene lugar la dilatacion de la pélvis del riñon formando una bolsa purulenta con participacion en mayor ó menor escala por parte del riñon, pueden presentarse dos casos; ó la coleccion purulenta se abre paso en una de las direcciones que hemos indicado, y la terminacion está en relacion con el carácter que presentan los nuevos accidentes, ó no se abre, y en este caso se vacía mas ó menos fácilmente por la uretra, pudiendo verificarse entonces la curacion si el pus sale fácilmente, y se agota en poco tiempo; pero la muerte puede sobrevenir cuando esta evacuacion se prolonga, coloca al enfermo en las condiciones ordinarias de toda supuracion de larga duracion. En algunos casos felices la coleccion es reabsorbida en sus elementos serosos, concretándose el resto en una masa cascosa, volviendo á entrar todo en un estado normal.

§ V.—Lesiones anatómicas.

En los casos en que los enfermos sucumben á consecuencia de una *pielitis simple aguda*, lo cual sucede en diversas enfermedades y en ciertos envenenamientos, se encuentran despues de la muerte la rubicundez, el engrosamiento y la friabilidad de la membrana que viste la pélvis renal, y en el interior de esta cavidad una cantidad mayor ó menor de materia purulenta ó de moco pus mezclado con la orina. Las mismas lesiones caracterizan la *pielitis crónica*, excepto la rubicundez, que es por lo comun oscura, y que es mas abundante la materia purulenta. Además se hallan la desorganizacion del riñon, su perforacion y su supuracion debida á la accion de los cuerpos extraños, causa habitual de esta especie de pielitis. Todos saben que no es raro encontrar uno ó mas cálculos en la vejiga al mismo tiempo que en los riñones, y ha sucedido con mucha frecuencia sucumbir despues de la operacion de la talla los enfermos que se hallaban en estas condiciones.

Las pielitis debidas á cuerpos extraños de eliminacion difícil determinan en el riñon graves desórdenes: este órgano se dilata, y se forman cavidades llenas de pus y bridas (saculated Kidney) y el parénquima se destruye por compresion; el volúmen del órgano parece considerablemente aumentado; en otras ocasiones, vaciándose la coleccion purulenta en cierta direccion, se contrae el riñon sobre sí mismo y no pesa mas que algunos gramos; sucede tambien que el contenido se solidifica, y teniendo el pus concreto materias minerales, ocupan estas masas las celdillas del riñon multilocular. Los tabiques experimentan en este caso cambios notables, hasta osificarse, como en el caso observado por Roberts, segun John Medd (de Manchester).

No es raro que los riñones sean afectados de uno de los grados de la enfermedad de Bright. La uretra está mas ó menos dilatada, y algunas veces, al contrario, se oblitera, su mucosa se inflama y en-

gruesa, y hasta se ha visto la inflamacion de la vejiga tomando parte en la alteracion de los órganos que acabamos de citar.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico directo se funda en el estudio de los signos generales y locales, y especialmente en el exámen de las orinas.

Insistiremos particularmente en el exámen microscópico. La orina sale generalmente ácida, descomponiéndose, mas tarde se hace alcalina. Se encuentran en el sedimento glóbulos sanguíneos, de mucus y del epitelio de los cálices y de la pélvis. Las células de este epitelio son irregulares, fusiformes, con una ó muchas prolongaciones, ó groseramente circulares (figuras 73 y 74). En un grado mas avan-



Fig. 73.—Epitelio de la pélvis del riñon. (Beale, fig. 43, p. IX).

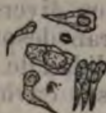


Fig. 74.—Epitelio de la uretra. (Beale, fig. 44, p. IX).

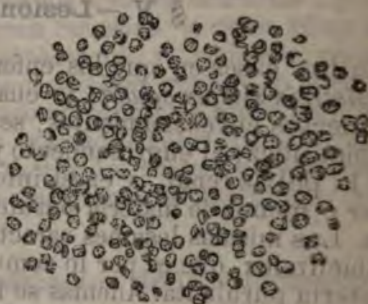


Fig. 75.—Glóbulos de pus. (Béale, p. XXIX, 91.)

zado es reemplazado el epitelio por pus (fig. 75): si este desaparece súbitamente de la orina se puede deducir la obstruccion del uréter del costado enfermo, y recíprocamente reconocer que el obstáculo es destruido cuando reaparece el pus en abundancia.

Se hallan todavía en la orina productos diversos que pueden ilustrar acerca de la naturaleza de la causa, en particular cristales de arenillas de ácido úrico ó de uratos cuando la orina es ácida, de fosfato amoniaco-magnesiano, siendo alcalina (véase mas adelante el artículo *Cálculo*, las figuras representando la forma de estos cristales).

Ya hemos dicho que los únicos síntomas por los que se puede distinguir una *pielitis simple aguda* de una *nefritis simple*, son la secrecion de moco y de pus, y la presencia de estas sustancias en la orina. Se la distingue de la pielitis causada por un cálculo en la falta de la hematuria, de los síntomas de cólico nefrítico y de las arenillas en la orina.

Los puntos de semejanza que tiene la pielitis con el *lumbago*, las *neuralgias lumbares*, la *caries de las vértebras*, la *soitis*, etc., me parecen demasiado pocos y sobrado ligeros para que debamos, á

ejemplo, de Rayer, presentar un diagnóstico detallado entre estas enfermedades.

Cuando hay una bolsa purulenta formada por la retencion del pus, puede confundirse la enfermedad con algunas otras que tienen su asiento en el mismo punto: tales son los *diversos abscesos* que se forman en las inmediaciones de los lomos á consecuencia de la *inflamacion del tejido celular situado detrás del peritoneo*, *de la caries de las vértebras*, etc. Se ha creido tambien que podria dar lugar á error un *aneurisma* de la aorta descendente. Los cólicos nefríticos, la expulsion de las arenillas, la hematuria y la presencia de pus en la orina son los principales signos por medio de los cuales se puede distinguir la *pielitis calculosa*, que es en la que ocurre con mas frecuencia la retencion del pus.

Mas difícil es el diagnóstico entre esta retencion purulenta y la *retencion de la orina en el riñon ó hidronefrosis*, y hé aquí cómo Rayer establece este diagnóstico. «El tumor formado por el riñon distendido es ordinariamente en los dos casos abollado, fluctuante, da sonido á macizo en la percusion, y está acompañado de un ensanchamiento de la region lumbar. Pero los tumores formados por la acumulacion del pus en la cavidad de la pélvis renal y los cálices son el asiento de dolores mas ó menos vivos, á lo menos de cuando en cuando, que suelen estar acompañados de fiebre, y si son indolentes se hacen por lo comun dolorosos á una presion ligera ó en ciertos movimientos del tronco. Por el contrario, en la hidronefrosis el tumor es indolente, y no causa mas incomodidad que la que resulta de su volúmen. Finalmente, cuando la comunicacion entre la bolsa formada por el riñon distendido y el uréter no se halla completamente interrumpida, la orina es purulenta y opaca en la pielitis con tumor, al paso que en la hidronefrosis es ordinariamente trasparente, ó tan solo está oscurecida por el moco.»

No hemos colocado entre las enfermedades de los riñones los abscesos formados en la region lumbar alrededor de este órgano, y que ha descrito Rayer con el nombre de *perinefritis*, porque esta es una afeccion puramente quirúrgica, cuya descripcion hemos creido que no debíamos hacer aquí. Pero relativamente al diagnóstico, nos ofrece cierto interés, y hé aquí cómo el autor que acabo de citar trata esta cuestion difícil.

Despues de haber distinguido la acumulacion de pus en la pélvis renal de la hidronefrosis, añade: «Mas difícil es distinguir el tumor formado por una coleccion purulenta en la cavidad renal de los abscesos situados en el tejido celular que rodea el riñon *(perinefritis)*, sea que estos abscesos se hayan formado á consecuencia de una contusion, ó que hayan sido producidos por el paso del pus ó de la orina al través de una fístula renal consecutiva á una inflamacion de la pélvis ó del riñon. Por lo demás hay que notar que en el caso de un tumor formado por una coleccion de pus en la cavidad de la pélvis

renal, que la fluctuacion es mas profunda en los lomos que en el caso de un absceso alrededor del riñon. Además á estos sigue casi siempre ó están acompañados de un edema del tejido celular subcutáneo de la region lumbar, edema que no he observado en los casos de coleccion purulenta en la cavidad del riñon sin absceso extrarenal. Casi siempre tambien los abscesos situados entre la cara posterior del riñon y los músculos de la region lumbar concluyen por elevar la piel en un punto donde la fluctuacion es muy superficial, y si se aplica una de las manos sobre la parte anterior del abdómen y la otra á la region lumbar, la fluctuacion es mas manifiesta que en los casos de coleccion purulenta en la cavidad de la pélvis renal y de los cálices. El paso de cierta cantidad de pus á la orina puede desvanecer las dudas; pero este signo falta cuando hay obstruccion completa del uréter entre la vejiga y la pélvis renal llena de orina y de pus.»

Cuando el riñon forma una vasta coleccion purulenta que comunica con el tejido celular exterior, hay complicacion de las dos afecciones, y solo se puede formar el diagnóstico atendiendo al curso de la enfermedad. Por lo demás, como el tratamiento es el mismo, este diagnóstico carece de importancia respecto á este punto, y solo el pronóstico es mas grave en este último caso, porque es mas completa la desorganizacion del riñon.

Solo incluiremos en el *cuadro sinóptico del diagnóstico* lo que tiene relacion con la bolsa purulenta formada por el riñon distendido, en razon á que las afecciones de que hemos hablado no tienen un interés práctico suficiente.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° *Signos distintivos de la distension de las pélvis y de los cálices por el pus, y de la retencion de la orina en el riñon ó hidronefrosis.*

RETENCION DE PUS.	RETENCION DE ORINA.
Dolores mas ó menos vivos, expontáneamente ó á la presion.	Tumor *indolente.*
Fiebre bastante manifiesta, contínua ó por intervalos.	*No hay fiebre.*
Pus en la orina si no se halla completamente interrumpida la comunicacion.	*Orina normal*, ó solo cargada de un poco de moco.
En cuanto se restablece la comunicacion, *chorros de orina purulenta.*	En cuanto se restablece la comunicacion, *gran cantidad de orina normal*, ó solo mucosa.

2.° *Signos distintivos de la retencion de pus en la pélvis y en los cálices, y de los abscesos alrededor del riñon* (perinefritis).

RETENCION DE PUS.	ABSCESOS ALREDEDOR DEL RIÑON *(perinefritis).*
Fluctuacion *mas profunda* menos manifiesta.	Fluctuacion *menos profunda*, por lo comun enteramente *superficial*.
No hay edema subcutáneo en la region lumbar.	*Edema* subcutáneo en la region lumbar (pastosidad edematosa).
Pus en la orina, en los casos en que la comunicacion no se halla completamente interrumpida.	*No hay pus en la orina.*
Ordinariamente está precedida de *cólico nefrítico*.	*No precede cólico nefrítico.*

Pronóstico.—Como la *pielitis simple aguda* es por lo comun secundaria, se debe formar su pronóstico por la gravedad de la afeccion principal, á la que el padecimiento renal no añade por sí mismo una gran gravedad. Sin embargo, si esta afeccion local terminase por gangrena, como sucede en algunos casos, fácilmente se concibe que una lesion tan funesta aceleraria necesariamente la muerte. Ya hemos dicho que, segun Rayer, la pielitis que resulta de la extension de la inflamacion en la blenorragia no es peligrosa, pero sí rebelde.

La pielitis causada por la presencia de cálculos en la pélvis renal tiene en general mucha mas gravedad. Esta gravedad depende, sin embargo, mucho de las circunstancias en que se hallan los cálculos renales, que son su causa determinante. Si permanecen poco tiempo en la cavidad renal, la inflamacion que han producido no tarda en disiparse; pero si residen por mucho tiempo ocasionan la desorganizacion del riñon, los abscesos, las perforaciones, la retencion del pus cuando obstruyen el uréter, y en todos estos casos se debe formar un pronóstico muy grave, porque aun suponiendo que se puedan evitar por cierto tiempo á los enfermos los accidentes que sufre, siempre hay que temer que tarde ó temprano volverán á ser atacados de nuevo y mortalmente.

§ VII.—Tratamiento.

Relativamente á la inflamacion simple, basta decir que son suficientes para disiparla algunas *emisiones sanguíneas*, las *bebidas atemperantes*, los *baños* y la *dieta* ó un *régimen* severo. El tratamiento de la *pielitis causada por los cálculos* es el mismo, excepto que la quietud debe ser mas absoluta para evitar los desprendimientos dolorosos de los cuerpos extraños.

Mas adelante expondremos los medios que se dirigen contra el cólico nefrítico y contra los cálculos.

Resta, pues, la *acumulacion de pus en la pélvis renal y en los cálices*, contra la cual se ha propuesto y practicado repetidas veces la nefrotomía. Cuando la coleccion purulenta comunica con el tejido celular que rodea el riñon, y hay por consiguiente *abscesos lumbares, se deben abrir estos simplemente*, como ya hemos dicho antes de ahora al hablar de los abscesos de esta region. Cuando hay simplemente un tumor pionefrítico, se puede esperar ó recurrir á la nefrotomía.

Los antiguos, á quienes se habia atribuido la idea de ir á abrir las colecciones purulentas en el interior mismo del riñon, lo cual constituye la verdadera nefrotomía, no habian practicado en realidad esta operacion, sino tan solo la abertura de los abscesos lumbares. Segun esta historia, resulta que apenas se discutió esta práctica con conocimiento de causa, hasta que Riolano (1) expresó claramente su opinion acerca de la posibilidad de abrir los tumores formados por el riñon mismo; y finalmente, que hasta fines del siglo XVII no se publicó ningun caso bien demostrado de incision del riñon, hecha para dar salida á las colecciones purulentas y á los cálculos contenidos en este órgano. La mayor parte de los cirujanos creen que en semejantes casos es preciso esperar para operar á que haya un tumor perceptible con fluctuacion en la region lumbar; pero de la discusion en que ha entrado Rayer acerca de este punto, deduce las conclusiones siguientes:

«Que los cirujanos y los médicos, conformes en recomendar la abertura de los abscesos extrarenales y en proscribir la nefrotomía cuando no hay tumor lumbar, no han reconocido de un modo bastante general la utilidad que podria ofrecer lo nefrotomía en los casos en que el riñon muy distendido está trasformado en una enorme bolsa dolorosa y susceptible de perforarse.

»Que en tales casos habria con frecuencia peligro de esperar, como lo recomiendan Boyer y la mayor parte de los cirujanos, á que se hubiese formado un absceso extrarenal, pues pudiera abrirse la coleccion purulenta del riñon en el peritoneo ó en los intestinos y causar prontamente la muerte.

»Que cuando uno de los riñones forma tumor en el vacío, si se llega á obstruir el del lado opuesto, es preciso hacer la incision en el que forma tumor y se halla afectado de mas antiguo.

»Que si se adoptase generalmente el consejo dado por Hevin, de no abrir el riñon cuando no hay tumor en los lomos, seria, sin embargo, lícito intentar la nefrotomía en un caso de muerte inminente por efecto de una pielitis calculosa doble sin tumor, pero con anuria completa.

»Que en el tratamiento de los tumores renales es generalmente preferible la incision á la cauterizacion y á la puncion.»

Hemos expuesto estas razones para demostrar cuáles son los re-

(1) Riolan, *Anthopographia*, Pariisi, 1626, en 4.°

cursos de la cirujía en estos casos difíciles: sin embargo, á la experiencia ulterior toca decidir cuál es la conducta que se debe seguir en los diversos casos dados. Los medios por los cuales se da paso al través de los lomos al pus y á los cueros extraños son de diversas especies, y se han propuesto tres procedimientos principales, á saber: la *incision simple*, la *incision y la puncion reunidas*, y la *cauterizacion seguida de incision*.

Incision. Se hace acostar al enfermo sobre el lado sano, con el tronco ligeramente encorvado para hacer sobresalir la region lumbar, y un ayudante aumenta esta prominencia comprimiendo el tumor por su cara anterior; entonces se hace una incision paralela á la columna vertebral á 7 ú 8 milímetros (3 ó 4 líneas) del borde externo de la masa sacrolumbar. Esta incision, que solo interesa la piel y el tejido celular subcutáneo, debe extenderse desde el borde inferior de la última costilla hasta la cresta del íleon, y en seguida, teniendo siempre cuidado de explorar la fluctuacion por medio del dedo introducido en el fondo de la herida, se va penetrando cada vez mas profundamente y por incisiones sucesivas. Cuando se ha reconocido el punto fluctuante, se introduce en él el bisturí, sustituyéndole rápidamente, y antes que salga el pus, con otro de boton para hacer el desbridamiento, y en seguida se introduce con mucho cuidado un estilete obtuso para asegurarse de que se penetra en el interior de la pélvis renal. Si no se operase con cuidado, pudiera suceder, destruyendo solamente una brida, que sobreviniese una hemorragia, porque las bridas que se forman alrededor de estos abscesos pueden contener vasos bastante considerables, como lo ha observado Rayer.

«Si el dedo índice de una mano, dice este autor, introducido en el fondo de la herida mientras que la otra mano está aplicada sobre la cara anterior del tumor, percibe fluctuacion en un verdadero tumor interpuesto entre sus dos manos, es evidente que solo se ha penetrado en un absceso extrarenal y no en la cavidad de la bolsa misma del riñon. Entonces, despues de haber secado con cuidado el fondo de la herida, es preciso dirigir de nuevo el bisturí al tumor y penetrar en el interior de los cálices ó de la pélvis para poder proceder á buscar el cálculo y para proporcionar una salida libre al pus.»

Si no se hallase fácilmente el cálculo, ó si hubiese alguna dificultad para extraerle, no se deberia molestar al enfermo con largas tentativas, sino dejarle descansar por tres ó cuatro dias y volver en seguida á buscar el cuerpo extraño. Lo que especialmente importa es hacer una abertura lo mas ancha posible, pues por lo comun, si se espera algunos dias, sale por sí mismo este cuerpo extraño, ó á lo menos se presenta á la abertura de modo que solo sea preciso una traccion ligera para extraerle. Cuando parezca que la abertura es demasiado estrecha, se hará el desbridamiento ó la dilatacion por los medios conocidos.

Así, pues, lo largo de la operacion y los dolores que ocasiona la cauterizacion, deben hacer desechar este medio, excepto en los casos enteramente especiales, como por ejemplo, aquellos en que se perciba la fluctuacion en un punto muy próximo al intestino.

Ya sea que se hayan abierto expontáneamente las colecciones purulentas ó que se hubiese practicado la operacion, pueden quedar *fístulas renales*, de que no nos ocuparemos aquí porque son del dominio de la cirujía.

Roberts no es sino medianamente partidario de los medios quirúrgicos, y tiene respeto á dichas operaciones, porque muchos casos han terminado por pionefrosis, por retraccion de la cavidad renal, y propone ante todo un método expectante racional, durante el cual se pueden dar las preparaciones de hierro, quina, aceite de hígado de bacalao, el cambio de aires y un buen régimen, sosteniendo y ayudando al enfermo para llegar á la curacion por retraccion renal ó por concrecion casciforme. Cita en apoyo de estos consejos una notable observacion de Henninger (1), relativa á un enfermo que despues de los signos de pielitis calculosa, presenta un tumor voluminoso en el hipocondrio izquierdo; el profesor Schüzenberger soñaba en establecer una fístula en la region renal. Sédillot creia que si el riñon estaba reducido á una bolsa membranosa, la secrecion urinaria se detendria necesariamente y habria esperanza de que el tumor se retragera gradualmente. Los hechos le dieron despues la razon. El enfermo fué sometido á un tratamiento paliativo y curó á los seis meses. No hay recaidas en esta enfermedad.

ARTÍCULO III.

ARENILLAS.

Si solo se considerasen los cuerpos extraños por sí mismos, no hay duda de que entre las arenillas y las piedras ó cálculos no hay, como dice el doctor Segalas (2), mas diferencia que la del volúmen. Pero si se atiende á los síntomas que producen las concreciones urinarias, se hallará que de esta variedad de volúmen resulta una diferencia extremada en el modo de ser de la enfermedad, es decir, en lo que interesa mas al práctico. En efecto, las concreciones urinarias pueden ser tan finas que su presencia no altere en nada la salud, ni determine ningun síntoma local, al paso que si aumenta su volúmen ocasiónan los síntomas mas violentos, y hasta llegan á producir la desorganizacion del órgano. Es, pues, una distincion útil para la práctica la que se ha establecido entre las arenillas y los cálculos renales, propiamente dichos.

(1) Henninger, *De l'hydronéphrose ou hydropisie du rein*, thèse de Strabourg, año 1862.

(2) Ségalas, *Essai sur la gravelle et la pierre*. Paris, 1838.

Lo mismo que los cálculos, los arenillas han sido conocidas desde la mas remota antigüedad, y así se hallan descripciones mas ó menos completas de esta afeccion en Galeno y Areteo (1). Pero es preciso llegar á los escritos de Sydenham y de Fed. Hoffmann para hallar una sintomatologia aceptable de esta enfermedad. Entre los modernos debemos citar á Marcet (2), Brugnatelli (3), Prout, Magendie (4), Civiale (5), Gloding Bird (6), Leroy (d'Étiolles) hijos (7) et Lionel S. Beale (8), que han ilustrado mas esta sintomatologia, y sobre todo que han dado á conocer por las investigaciones químicas la composicion de las concreciones urinarias, su etiología y su tratamiento. En el curso de este artículo citarémos los resultados mas principales de sus investigaciones.

Civiale quiere que se dividan las concreciones urinarias del modo siguiente: Primero, cuando consisten en un polvo fino, en pajitas ó en granitos pequeños, se les debe dar el nombre de *arenillas (sable)*; segundo, si son cuerpecitos granulosos, cuando mas del grueso de una cabeza de alfiler, se llaman *arenas* (*gravelle* propiamente dicha); tercero, si estas concreciones han adquirido ya un volúmen mayor, pero todavía pueden pasar por el uréter, se denominan *piedrecillas (graviers)* (9); cuarto, si ya su diámetro no permite este paso, entonces se llaman *cálculos*; y quinto, se reserva por último la denominacion de *piedras* á los cálculos mas voluminosos. Esta division tiene una importancia práctica incontestable, y así es que aunque conformándonos con el uso, designamos en este artículo las tres primeras divisiones bajo el nombre de *arenillas (gravelle)*, reservando para el siguiente las dos últimas, que describiremos con la denominacion de *cálculos*, procuraremos no perder de vista las diferencias indicadas por Civiale, porque, volvemos á repetirlo, la enfermedad es enteramente distinta, segun que se trata de la existencia de un simple polvillo en la orina ó de verdaderas arenas.

(1) Arétée' *De curat. morb. diut.*, lib. II.

(2) Marcet, *Essai sur l'histoire chimique des calculs et sur le traitement médical des affections calculeuses*. Paris, 1823, in-8 avec figures.

(3) Brugnatelli, *Litologia umana*. Pavia, 1819.

(4) Magendie, *Recherches sur la gravelle*. Paris, 1828, in-8.—*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1833, art. GRAVELLE, t. IX, p. 237.

(5) Civiale, *Traité de l'ffection calculeuse*. Paris, 1838.—*Du traitement médical et préservatif de la pierre et de la gravelle*. Paris, 1840.

(6) Galding Bird, *De l'urine et des dépôts urinaires*. Paris, 1861.

(7) Leroy (d'Étiolles), *Traité pratique de la gravelle et des calculs urinaires*. Paris, 1864-1866, avec gravures dans le texte.

(8) Lionel S. Bealeu, *De l'urine, des dépôts urin, et des calculs*, trad. de l'anglais par A. Ollivier et G. Bergeron. Paris, 1865.

(9) Los franceses tienen las tres palabras *sable*, *gravelle* y *graviers* para indicar tres distintos tamaños de arenillas, que solo podemos traducir aproximadamente por las voces *arenillas*, *arenas y piedrecillas*. Pero creemos que poniendo al lado de cada una la voz francesa y añadiendo esta nota, podrá comprenderse perfectamente la idea del autor, que es nuestro principal objeto. (NOTA DE LOS TRADUCTORES).

Se han propuesto tambien otras divisiones fundadas en diferentes circunstancias, como el *aspecto de las arenillas* (arenilla blanca, roja, etc.) su composicion química (arenilla úrica, fosfática, etc.), diversos cuerpos extraños que se hallan accidentalmente entre las concreciones (arenilla pilosa); pero estas divisiones solo ofrecen interés bajo puntos de vista limitados, tales como la etiología y el tratamiento, y así creo que bastará que las recordemos al exponer las causas de la enfermedad y los medios que se ponen en uso para combatirla.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Damos el nombre de *arenillas* á todas las concreciones, que formadas en el riñon, pueden salir por los conductos urinarios, ocasionando ó no los síntomas que se conocen bajo la denominacion de cólico nefrítico.

Concebida de este modo la enfermedad, apenas se halla otro nombre que le sea perfectamente aplicable. Se la ha comprendido muchas veces en la descripcion general de las concreciones urinarias, bajo los nombres de *calculatio*, *litiasis*, etc.

Las arenillas constituyen una afeccion de las vias urinarias que se presenta á menudo á la observacion, y es bien seguro que todavía se la encontraria con mas frecuencia, si muchos individuos que tienen concreciones pequeñas en forma de polvo ó arenitas, no descuidasen este síntoma, al cual no dan ninguna importancia, por lo mismo que no les acarrea ningun trastorno sensible en su salud.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—*Edad.*—En la actualidad se sabe que los niños están mucho mas expuestos á las concreciones urinarias de cierto volúmen de lo que hasta ahora se habia creido, pero es preciso establecer con Civiale una distincion entre los *cálculos* y las arenillas propiamente dichas, pues segun dicho autor, las últimas son mucho mas raras á esta edad que los cálculos. Solo rara vez, añade, se observan las arenillas en la orilla y el cólico nefrítico, en los niños, á lo menos en nuestros climas. La exactitud de esta asercion no me parece dudosa en cuanto al cólico nefrítico, y puede por consiguiente quedar como sentado que por lo comun no adquieren las concreciones en la infancia un volúmen bastante grande *en el interior de los riñones* para que se las coloque entre los cálculos. Pero quizá no sucede exactamente lo mismo en cuanto á las arenillas en la orina, y nos inclina á creerlo así el que hemos hallado con mucha frecuencia en los recien nacidos que habian muerto de diversas enfermedades los conductos pequeños de la sustancia tubulosa teñidos

de color amarillo, y de un modo muy perceptible, por un polvo que segun lo demuestra la análisis, no era mas que ácido úrico.

Gallard ha visto un cálculo de 4 centígramos en una niña de cuatro meses. Ha sido objeto de muchos trabajos, tanto en Francia como en Alemania, el estado particular de las vias urinarias cuando tienen una arena amarilla. Sobre todo, de algunos años á esta parte, algunos autores han creido ver probada una afeccion análoga á la arenilla úrica, cuyo error está hoy dia completamente disipado. La presencia del ácido úrico y los uratos en los riñones de los recien nacidos es un estado fisiológico que pertenece á un órden de fenómenos que se producen en los primeros dias que siguen al nacimiento. La arenilla, y sobre todo las que tienen ya cierto volúmen, son mucho mas frecuentes en los adultos y en los viejos que en los niños.

Nada sabemos de positivo respecto á la influencia del *temperamento* y de la *constitucion*.

Es un hecho demostrado la existencia de arenillas en los *gotosos*. Cree Rayer que de 100 gotosos, 99 tienen arenillas; Durand-Fardel (1) hace la proporcion mas baja, reduciéndola á 90 por 100. Sin ser idénticos la gota y las arenillas úricas, son enfermedades de la misma naturaleza, pues consisten la una y la otra en *eliminacion de principios nitrogenados en esceso;* no se diferencian mas sino en el sitio, la direccion que toman dichos principios nitrogenados.

Sexo.—A pesar de decir lo contrario Van Swieten, los estadistas han demostrado que las arenillas son mucho mas frecuentes en el hombre que en la mujer, segun Leroy (d'Etiolles) hijo, las mujeres no están sino en la relacion de 4 por 100 en las enfermedades de piedra (2).

Climas.—De las investigaciones que ha hecho Civiale, resulta que se debe desechar la opinion tan generalmente y desde tan antiguo admitida, de que en los paises muy cálidos ó muy frios hay muchos menos individuos que padecen de arenillas que en los climas templados y húmedos. En efecto, este autor ha hallado que la enfermedad que nos ocupa es tan comun en Egipto, en la India, en Suecia y en Dinamarca, como en Francia é Inglaterra.

Rayer (3), profesor del Cairo (Egipto), asegura que son muy comunes los cálculos en dicho pais. No son debidos á que la orina esté muy concentrada por la abundancia de los sudores, puesto que son muy raros los cálculos en el alto Egipto, y en los negros. En el Cairo son mas comunes las arenillas constituidas por ácido úrico y uratos, mientras que en la Alejandría son las arenillas de fosfatos.

Localidades.—Se han observado que en el mismo clima y en condiciones al parecer idénticas ciertas localidades presentan un número

(1) (Durand-Fardel), *loc. cit.*, p. 46.
(2) Leroy (d'Etiolles), *loc. cit.*, et *Bull. de la Soc. anat.*, 1862, p. 331.
(3) Reyer (du Caire), *Calculs urinaires; lithotomie en Égypte* (*Wiener medicinische Wochenschrift*, 1856 et *Archives gén. de méd.*, 1857).

mucho mayor de individuos con arenillas, al paso que en otras muy inmediatas no se encuentra ningun caso. ¿Se debe atribuir esto á la influencia del aire y de la localidad? Magendie opina que no, y cree que mas bien se debe suponer que dependa completamente del régimen. Orfila atribuye igualmente á un régimen animal y al gran uso que se hace de bebidas espirituosas la multitud de casos de afecciones calculosas que se observan en la isla de Mallorca.

Balassa (1) dice que son frecuentemente afectos de cálculos los individuos jóvenes y de la clase poco acomodada, atribuyéndolo Balassa al régimen á que son sometidos, desde que dejan de mamar, pues les alimentan con frutos, carne de cerdo, etc., sustancias que proporcionan un absceso de principios hidro-carbonados. Así que la mayor parte de estas concreciones están compuestas de oxalato de cal mezclado con alguna cantidad de sales fosfatadas.

La *vida sedentaria* y los *bienes de fortuna* que proporcionan los medios de procurarse todos los goces sin molestia ni trabajo, se consideran como condiciones en las cuales se desarrollan las arenillas con mucha mas frecuencia que en circunstancias opuestas. Algunas observaciones hechas en soldados y marinos parece que apoyan esta asercion; pero no se debe olvidar que estos últimos se han observado únicamente en cierta época de su existencia, al paso que las observaciones hechas en los demás sugetos alcanzan á todos los períodos de la vida.

Se admite generalmente la *herencia* de la afeccion que nos ocupa, y un gran número de autores han citado hechos en favor de esta opinion; pero Civiale, que ha reunido el mayor número de los hechos conocidos con objeto de estudiar la etiologia de esta enfermedad, se halla todavía dudoso respecto á este punto.

Las arenillas de cistina se trasmiten con mucha probabilidad por la herencia. Sin embargo, son raros los cálculos de esta sustancia. Lenoir les ha encontrado en dos hermanos, Civiale en otros dos, y Marcet en tres.

Debemos añadir á esta enumeracion ciertas enfermedades de las partes superiores de las vias urinarias, como la *estrechez* y la *obstruccion de los uréteres*, que haciendo difícil la salida de la orina, favorecen el depósito de estas concreciones.

Se han colocado tambien entre las causas predisponentes la *denticion*, un *estado habitual de tristeza*, una *ocupacion prolongada de ánimo*, etc.; pero no podemos admitir su influencia positiva hasta que observaciones mas exactas vengan á ilustrarnos.

2.° *Causas ocasionales*.—De que ciertos individuos hayan arrojado arenas calculosas despues de un *ejercicio violento*, de los sacudimientos de haber andado á caballo ó en un carruaje de mal movimiento, han creido que se debia deducir que los sacudimientos eran

(1) Balassa, *Sur les calculs urinaires en Hongrie (Wiener medic. Wochenschrift*, 1858, núms. 25 et 26, et *Archives gén. de Méd.*, 5.ª série, t. XIV).

causas ocasionales de las arenillas. ¿No se debiera convenir mas bien en que han provocado simplemente la salida de las concreciones y han determinado su aparicion, que considerarlos como causas productoras de la enfermedad?

Alimentos.—No hemos hablado del *régimen* entre las causas predisponentes, porque en las ideas de los autores que le conceden cierta influencia, no limitan esta á la sola predisposicion del organismo, sino que la extienden tambien á producir la materia de las concreciones, y por consiguiente la enfermedad misma.

Se ha dicho, y Magendie es uno de los principales defensores de esta opinion, que un *régimen azoado, sustancioso* y compuesto especialmente de *carnes negras*, es la causa principal de las *arenillas úricas (arenilla roja*, Mag.), opinion que está apoyada en hechos de fisiologia comparada y de patologia. Pero Civiale, que ha reunido un número mucho mayor de hechos, ha demostrado: 1.°, que la proporcion de úrea que se aumenta notablemente por el régimen azoado, no está de modo alguno en relacion con la proporcion del ácido úrico; y 2.°, que es muy rara la litiasis en un gran número de localidades en que la nutricion es casi exclusivamente animal.

Algunos autores han creido necesario, para la produccion de *arenillas de oxalato de cal (arenilla amarilla* Magendie), el uso de alimentos que contengan *ácido oxálico*, y en particular de la *acedera*. Es indudable que muchos hechos hoy bien conocidos han probado la relacion de causa á efecto de esta alimentacion y de las arenillas que hemos mencionado, y que además basta, como lo ha hecho notar Becquerel (1), haber tomado cierta cantidad de estos alimentos para hallar en la noche misma ó al dia siguiente cristales en la orina de oxalato de cal.

Estas conclusiones nada prueban relativamente á este punto de etiologia. Es perfectamente cierto que el ácido úrico y el ácido oxálico, su deribado, no pueden provenir sino de sustancias nitrogenadas no completamente elaboradas en el organismo: podemos expresarnos con la frase de G. Bird, diciendo que es una *azoturia.* El medio mas seguro de introducir *nitrógeno* en la economía, es la alimentacion animal. Todo es relativo, es verdad, y se podrá no ser calculoso de ninguna manera á pesar de usar un régimen nitrogenado cuando el individuo hace ejercicio, oxidándose completamente dichos principios, que entonces son mas fácilmente eliminados, y mantienen en equilibrio el gasto y la asimilacion de los materiales de esta naturaleza. Pueden producirse, sin embargo, ácido úrico, uratos ó ácido oxálico, á pesar de usar el régimen animal mas moderado, por haber una incapacidad de la asimilacion por parte de las funciones digestivas.

Bebidas.—Se han colocado las *bebidas espirituosas* entre las cau-

(1) Becquerel, *Séméiotique des urines*, p. 430.

sas mas eficaces de las arenillas, y principalmente de la *arenilla úrica*, opinion que no ha podido resistir á la prueba de los hechos.

Los autores se han inclinado naturalmente á creer que las *aguas que contienen ciertas sales*, y principalmente las *sales de cal* que se hallan en las arenillas, debian producir fácilmente esta enfermedad. Pero tambien aquí la experiencia ha dado un mentís á la teoría, y así los habitantes de Arcueil, en donde las aguas contienen tan gran cantidad de carbonato de cal, no padecen por esto de litiasis.

¿Ejerce mas influencia el uso de la *cerveza?* Es lícito dudarlo á pesar de las aserciones de Sœmmerring.

La orina que se escreta despues de haber tomado *té* ó *café*, contiene, segun las investigaciones del doctor Donné, una gran cantidad de ácido úrico que cristaliza por el enfriamiento. ¿Debemos concluir de aquí que estas bebidas pueden producir por sí mismas la arenilla úrica? Creemos que no, y que lo que se debe deducir de estos experimentos es que en un individuo predispuesto el uso de estas sustancias pudiera determinar la produccion de la enfermedad.

Por último, se ha dicho que la *cantidad demasiado escasa* de bebidas podia ser una causa determinante de la litiasis; pero esta es una asercion fundada únicamente en ideas teóricas, y lo mismo digo de la *falta de calor animal*, que permite la cristalizacion de las sales en los ancianos, etc. Se ha observado algunas veces que han aparecido las arenillas despues de la *falta de ejercicio*, de la *permanencia en la cama* y de la *inmovilidad;* pero han podido hallarse los sugetos en tantas otras circunstancias, que mientras no tengamos observaciones mas exactas y mas detalladas que las que conocemos, solo debemos admitir estos hechos con mucha reserva.

Vemos, pues, que de todo lo expuesto se deduce que es preciso convenir con los autores modernos en que hay para la produccion de las arenillas una influencia oculta, sin la cual serian impotentes las causas en apariencia mas eficaces, y que la química y la fisiologia mas bien nos han dado á conocer el *cómo* que el *por qué*, cosa que sucede igualmente en un gran número de hechos patológicos.

§ III.—Síntomas.

Ya hemos dicho antes de ahora que los síntomas solo difieren en realidad, segun el volúmen mayor ó menor de las concreciones urinarias, y así conviene estudiarlos segun la division establecida por Civiale.

1.° *Arenillas en la orina.*—Segun Civiale, cuando la orina sale sin presentar en el instante mismo granos de arenillas enteramente formados, sino que es necesario el enfriamiento para su aparicion, no hay enfermedad. En efecto, este es un buen medio de distinguir las arenillas del simple sedimento cristalizado ó no; pero, sin embargo,

hay casos en que es tan rápida la formacion de cristales de ácido úrico, que á pesar de que haya habido tiempo para ver la orina trasparente, la cristalizacion ha sido casi instantánea, y si entonces no se puede decir que realmente hay arenillas, se debe convenir á lo menos en que parece inminente su aparicion, y que este estado llama ya la atencion del médico. Así, pues, conviene que le indiquemos, porque hecha esta salvedad, la diferencia propuesta por Civiale allana todas las dificultades.

Ya salgan las arenillas enteramente formadas con la orina, y que por consiguiente haya habido ya cristalizacion ó precipitacion amorfa en las vias urinarias, ó ya se haya efectuado la cristalizacion á consecuencia del enfriamiento, por lo comun no hay síntoma alguno. Sin embargo, algunos sugetos experimentan en las regiones renales una *incomodidad* y á veces un *dolor sordo*, que puede inquietarlos si han reconocido el estado de su orina. Este síntoma se observa especialmente cuando las arenillas se forman en el riñon.

2.° *Arenas que pueden atravesar los uréteres.*—En los sugetos que ya han presentado arenillas en la orina, y á veces en los individuos que no han tenido este síntoma, la orina arrojada contiene una cantidad mayor ó menor de *arenas* del grueso de una cabeza de alfiler, por lo comun mas pequeñas y á veces mayores. Hé aquí lo que sucede, segun el profesor Magendie, en los que han presentado anteriormente arenillas en la orina. «Las mas veces, dice este autor, el que ha de ser atacado de litiasis experimenta algunos meses antes de su aparicion una sensacion particular de *hormigueo* y de *entorpecimiento* en la region renal, su *orina sale cargada de color*, y deja depositar al cabo de una ó dos horas un *sedimento rojizo*, mas ó menos abundante... Estos primeros síntomas aumentan de intensidad, la sensacion de entorpecimiento de los riñones se cambia en una verdadera *debilidad dolorosa*, que varía de intensidad, y al dia siguiente de aquel en que ha sido mayor, sale con la orina cierta cantidad de *arenillas.*» Estos prodromos se refieren particularmente á la *arenilla úrica*, que es sin duda alguna la mas frecuente de todas.

Mas tarde, y continuando estos síntomas, se hallan en la orina las arenas indicadas y por lo comun redondeadas, que muchas veces *las oye el mismo enfermo caer en el orinal*, pero que ordinariamente no ocasionan ningun accidente grave. Sin embargo, se ha visto repetidas veces que estas arenas pequeñas, de un diámetro inferior al del uréter, han producido síntomas violentos, que describiremos mas adelante, y que no son mas que los del *cólico nefrítico*. En algunos casos se puede explicar este accidente por las asperezas de una arena que han hecho que se detenga este cuerpo extraño en el conducto renovexical, y que han rasgado las paredes de este conducto, ó bien por la figura de este cuerpo, que teniendo en un sentido un diámetro considerable, se ha presentado segun este diámetro. Pero hay casos en que no se encuentra ninguna explicacion de este género, y es

preciso entonces admitir una contraccion, una estrechez espasmódica del conducto que ha impedido que avance el cálculo.

3.° *Arenas demasiado voluminosas para atravesar libremente el uréter.*—Cuando las arenas son demasiado grandes para atravesar libremente el conducto, se pueden introducir en la parte superior de este, é ir bajando luego con mucha dificultad. En estos casos la *hematuria* y el *cólico nefrítico* son los signos por los cuales se reconoce la existencia de estas concreciones.

Puede suceder tambien que despues de haber penetrado un cálculo en el uréter permanezca fijo en este conducto, produciendo primero una irritacion y despues una inflamacion mas ó menos intensa. En estos casos y despues de una ó mas accesiones de *cólico nefrítico* y de una ó mas *hematurias*, sobreviene la distension del uréter y despues la del riñon, sea simplemente por la orina ó por este líquido mezclado con pus. Ya hemos descrito este último estado morboso, y estudiaremos el otro mas adelante.

El *exámen de la orina* ofrece un gran número de caractéres comunes á estas tres especies, y por esto lo hemos dejado para despues de la descripcion de los demás síntomas.

La orina es en general tan abundante como en el estado normal, aunque, sin embargo, se ha hallado su cantidad disminuida ó aumentada en algunos casos. Es preciso tener mucho cuidado para no dejarse engañar por ciertas circunstancias. Casi todos los remedios que se administran á los enfermos tienen por objeto aumentar la secrecion urinaria, y por consiguiente no es extraño que la orina sea entonces mas abundante. Por el contrario, puede una concrecion obstruir el uréter, y en este caso no hay disminucion, sino detencion de la orina en un lado. En los casos en que las arenas producen el cólico nefrítico, se puede hallar la orina completamente suprimida, aun cuando esté obstruido solo un uréter; pero lo mas comun es ver que el riñon sano suple entonces á la secrecion del riñon afectado.

Se concibe que la orina debe presentar caractéres físicos muy variables, segun los casos, porque en efecto, esto depende, no de las arenillas, sino del estado en que se hallan los órganos urinarios. La sangre, el pus, la albúmina y el moco le comunican las modificaciones que hemos descrito antes de ahora, cuando la inflamacion ocupa las vias urinarias. En el caso contrario, la orina conserva sus caractéres normales, y la única circunstancia notable que en ella se observa es la presencia de las arenillas ó arenas mas ó menos gruesas.

Hé aquí, no obstante, una distincion de importancia que ha establecido Rayer entre el estado de la orina en los casos de *arenilla úrica* y en los de *arenilla fosfática*. «Cuando las arenas, dice este autor, que ocasionan estos accidentes (los del *cólico nefrítico)* están compuestas de *ácido úrico* (que es el caso mas comun), la orina es *ácida*, y el sedimento presenta *cristales romboidales* de color amarillo rojizo. Filtrada, se vuelve ligeramente turbia cuando se la trata por

el ácido nítrico, que precipita cierta cantidad de ácido úrico ó de albúmina, mezclada ó no con glóbulos sanguíneos.

»Cuando las arenas son *fosfáticas*, la orina *alcalina* y turbia en el momento de la emision, se aclara primero por la adicion del ácido nítrico, y á veces vuelve en seguida á enturbiarse añadiendo mayor cantidad de este ácido, si contiene albúmina, sangre ó pus.»

Arenillas.—Hemos dicho que las arenillas formadas por la cristalizacion de los principios salinos de la orina, no se presentan á veces hasta despues de la emision y de haber empezado el enfriamiento. Indudablemente esto no es todavía un estado verdaderamente patológico; pero esta cristalizacion anuncia la proximidad de las verdaderas arenillas, como ya lo hemos indicado, y debiendo empezar el tratamiento desde este instante, jamás debe descuidar el médico la apreciacion de este síntoma. Es raro que las arenillas que se forman así despues de la emision de la orina sean mas que de *ácido úrico* cristalizado, y por consiguiente el polvo que de ellas resulta tiene casi siempre los caractéres de las arenillas que se han formado antes de la emision, y que son igualmente de ácido úrico cristalizado en la mayor parte de los casos.

Cuando se forman las arenillas en el momento mismo de la emision, se reunen pronto en el fondo del vaso, mientras que las que se depositan á consecuencia del enfriamiento, aparecen primero en los bordes en aquellos puntos en que teniendo el líquido menos espesor experimenta mas pronto la influencia de la temperatura exterior. Este es un signo diferencial, que conviene no echar en olvido. En cuanto á los caractéres químicos de estas arenillas pulverulentas, como no se diferencian de los que se hallan en las litiasis producidas por concreciones mas voluminosas, nos limitaremos á hacer algunas indicaciones, que servirán para distinguir las diferentes arenillas entre sí.

Se manifiesta el ácido *úrico* unas veces bajo la forma de polvo amorfo, y en otras ocasiones cristalizado en romboedros, que ordinariamente están agrupados en rosetones regulares é irregulares, como lo demuestra la figura 76.



Fig. 76.—Acido úrico. (Robin et Verdeil, pl. XI y XII.)

Tambien se encuentran de la forma de la fig. 77 ó de la figura 78, que representan romboedros, cuyos ángulos son romos, ó la figura 79,



Fig. 77.—Acido úrico, cristales romboédricos con los ángulos romos. (Robin et Verdeil, p. XIII, fig. 2.)

Fig. 78.—Acido úrico. Grandes romboedros opacos de ángulos romos (Robin et Verdeil, pl. XVI, fig. 3.)

que es ácido úrico hidratado, que se obtiene echando su disolucion en el agua hirviendo.



Fig. 79.—Acido úrico hidratado. (Robin et Verdeil, p. XVI, fig. 2.)

Fig. 80.—Urato amónico. (Donné, Atlas.)

Los uratos presentan al microscopio los caractéres siguientes: el urato amónico, cuando se acaba de expeler la orina, se presenta bajo la forma de un polvo amorfo, mas tarde se forman glóbulos, y cuando la orina es alcalina se adhieren á los glóbulos agujas. Todos estos caractéres han sido indicados por Robin y Verdeil (1) (fig. 81.)

El *urato de sosa* es frecuente en los depósitos urinarios, sobre

(1) Robin y Verdeil, *Traité de chimie anatomique et physiologique normale et pathologique*. Paris, 1853, t. II, p. 435, con atlas.

todo al estado de uratos neutros (pirexias), es un polvo formado de



Fig. 81.—Urato amónico.—Agujas con un aumento de 250 diámetros: estas masas cristalinas aparecen bajo la forma dicha de agujas, muy finas y delicadas; son incoloras, pero cuando se forman grupos de cierto espesor se vuelven opacas. (Robin et Verdeil, p. XVIII, figura 1.)



Fig. 82.—Urato de sosa. Glóbulos, agujas, prolongaciones en forma de raíces. (Robin et Verdeil, pl. XVII, figuras 2 y 3.)

granulaciones esféricas ú ovóideas, un poco morenas en su centro, y presenta prolongaciones como raíces. Los otros uratos son poco importantes.

El *oxalato de cal* tambien se halla á menudo en los sedimentos urinarios, aun en estado de salud, despues de la ingestion de ciertos alimentos vegetales; es raro en las arenas, mientras que es muy frecuente en los cálculos; visto con el microscopio, se presenta bajo la forma de pequeños octaedros de base cuadrada, que se parecen á los sobres de cartas: estos cristales se alteran en la orina, y toman, segun Thudichum (1), la forma representada en la figura 84. Cristaliza tambien en romboedros, segun Golding Bird, Robin et Verdeil (figura 85); toman en ocasiones un aspecto muy notable dichos cristales, á los que Golding Bird ha dado el nombre de *cristales en arenas* (*dunsbells*, fig. 86).



Fig. 83.—Oxalato de cal en forma de tegumentos de cartas. (Robin et Verdeil, p. VI, fig. 3.)



Fig. 84.—Cristales alterados de oxalato de cal. (Thudichum, *Pathology of the urine*, pl. V, fig. 5, p. 356.)



Fig. 85.—Cristales de oxalato de cal cristalizados en romboedros. (Golding Bird.)

Los *fosfatos* se encuentran bajo la forma de un sedimento blanco. El *fosfato de cal* es raro en los posos de orina (fig. 87), se halla mezclado el *fosfato de magnesia*. Se ve con el microscopio bajo la forma de prismas brillantes oblícuos y de base romboidal (fig. 88) y

(1) Thudichum, *Treatise on the pathology of the Urine*, pl. V, fig. 5.

el fosfato amónico-magnésico (fig. 89), cristalizado en prismas de cuatro caras, apuntados por pirámides de cuatro caras tambien, ó sino en agujas....



Fig. 86.—Pequeña aglomeracion de cristales en arenillas de *oxalato de cal*. (Beale, pl. XXIV, fig. 126.)

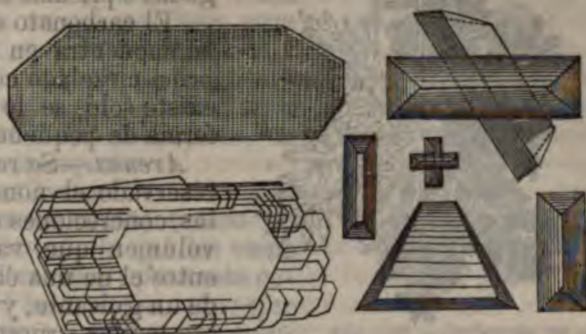


Fig. 87.—Semioctaedros y láminas superpuestas. Fosfato ácido de cal. (Robin et Verdeil, pl. III, fig. 1.)



Fig. 88.—Prismas oblícuos de fosfato de magnesia. (Robin et Verdeil.)

Fig. 89.—Fosfato amónico magnésico. Cristales prismáticos comunes. (Robin et Verdeil, pl. VII, figuras 1 y 2.)

Berzeius y Rayer opinan que la cristalizacion en hojas de higuera (fig. 90) pertenecen al sub-fosfato bi-amónico-magnésico.

La cistina es insoluble en el agua y se precipita rápidamente cuando se encuentra en la orina: cristaliza en lentejuelas, en láminas delgadas ó prismas exagonales (fig. 91).



Fig. 90.—Fosfato amónico-magnésico. Cristales en hojas de higuera. (Robin et Verdeil, pl. VIII, fig. 2.)

El carbonato de cal casi siempre se encuentra en los sedimentos de orina mezclado con el fosfato; cuando existe solo, se le encuentra bajo la forma de pequeñas esferas radiadas.

Arenas.—Se recordará que hemos reservado el nombre de *arenas* para las concreciones que presentan un volúmen que varía ordinariamente entre el de una cabeza de alfiler y el de un guisante, y que teniendo á veces mayor grueso, causan por este solo motivo los accidentes alarmantes del *cólico nefrítico.*

La *forma* de las arenas varía mucho, pero sin embargo, debemos decir en general, que son ovaladas ú oblongas, porque esto es en efecto lo que sucede mas comunmente. Pero se han observado tambien unas redondeadas, otras que tenian la figura de una pera, prismáticas, etc. A veces sucede, aun en los casos en que los cálculos tienen la figura redondeada, que presentan en su superficie una ó

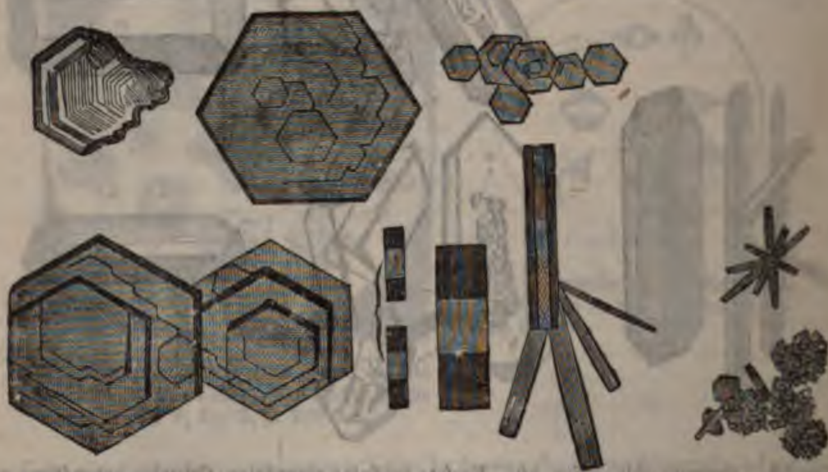


Fig. 91.—Laminitas, lentejuelas y prismas exagonales de cistina. (Robin et Verdeil, pl. XXXIII.) Los mismos aglomerados.

mas asperezas, y fácilmente se concibe cómo al atravesar el uréter ocasionan entonces la *hematuria* y el *cólico nefrítico*.

El *número* de estas concreciones puede ser muy considerable. En general se halla en razon inversa de su grueso, pero esta regla tiene tambien sus excepciones.

Como los demás caractéres varían segun las arenas, no es posible exponerlos de un modo general: veamos, pues, en qué se distingue cada especie.

Arena úrica.—Las arenas de ácido úrico, que son las mas comunes, tienen un color rojo amarillento, de lo que les viene el nombre de *arenillas rojas*; pero este color no es propio del ácido úrico, sino que depende de una materia colorante, respecto á la cual no están los químicos enteramente conformes. Puestas en contacto con los álcalis, y sobre todo con la potasa, se disuelven con facilidad y prontamente. El ácido nítrico las disuelve con efervescencia, y si se evapora la solucion hasta la sequedad, queda en la vasija una capa de color de púrpura. Expuestas á la accion de un fuego vivo, se consumen enteramente, signo característico y de mucha importancia para el práctico.


Fig. 92.—Carbonato de cal, formas que se encuentran en las orinas alcalinas de los hombres y de los niños. (Robin et Verdeil, pl. III, fig. 2.)

Arena fosfática.—Las arenas de *fosfato amoniaco magnésico* son las que se hallan ordinariamente en esta especie. Lavadas, presentan un color blanco; pero antes de esta operacion, grises, y de aquí el nombre que se les ha dado de *arenilla gris*. Enverdecen el jarabe de violetas, su sabor es salado, y si se las echa sobre carbones encendidos se ponen negras y exhalan un olor amoniacal. Trituradas con ellas la potasa y la sosa desprenden el amoníaco.

Las arenas de *fosfato de cal* no tienen el mismo interés para nosotros, pues son sumamente raras, lo mismo que las concreciones formadas por las demás sales calcáreas. Su color es blanco, y de aquí el nombre de *arenillas blancas*, que es tan comun á estas como á las formadas de *carbonato de cal*, etc.

Arena oxálica.—Las arenas de *oxalato de cal* distan mucho de poderse colocar entre las mas frecuentes. En general tienen un color amarillo oscuro, y se han designado con el nombre de *arenillas amarillas*, aunque á veces se las halla de color pardo negruzco. Quemándolas al soplete, se evapora el ácido oxálico, y queda solo un polvo blanco, que no es mas que cal pura.

El oxalato de cal se encuentra asociado casi siempre á las concreciones de oxalato amónico y á las sales úricas; estas arenillas son muy duras y pesadas, y su superficie exterior rugosa, mamexonada, y por su fractura se notan unas líneas claras sobre un fondo moreno;

sas mas eficaces de las arenillas, y principalmente de la *arenilla úrica*, opinion que no ha podido resistir á la prueba de los hechos.

Los autores se han inclinado naturalmente á creer que las *aguas que contienen ciertas sales*, y principalmente las *sales de cal* que se hallan en las arenillas, debian producir fácilmente esta enfermedad. Pero tambien aquí la experiencia ha dado un mentís á la teoría, y así los habitantes de Arcueil, en donde las aguas contienen tan gran cantidad de carbonato de cal, no padecen por esto de litiasis.

¿Ejerce mas influencia el uso de la *cerveza?* Es lícito dudarlo á pesar de las aserciones de Sœmmerring.

La orina que se escreta despues de haber tomado *té* ó *café*, contiene, segun las investigaciones del doctor Donné, una gran cantidad de ácido úrico que cristaliza por el enfriamiento. ¿Debemos concluir de aquí que estas bebidas pueden producir por sí mismas la arenilla úrica? Creemos que no, y que lo que se debe deducir de estos experimentos es que en un individuo predispuesto el uso de estas sustancias pudiera determinar la produccion de la enfermedad.

Por último, se ha dicho que la *cantidad demasiado escasa* de bebidas podia ser una causa determinante de la litiasis; pero esta es una asercion fundada únicamente en ideas teóricas, y lo mismo digo de la *falta de calor animal*, que permite la cristalizacion de las sales en los ancianos, etc. Se ha observado algunas veces que han aparecido las arenillas despues de la *falta de ejercicio*, de la *permanencia en la cama* y de la *inmovilidad:* pero han podido hallarse los sugetos en tantas otras circunstancias, que mientras no tengamos observaciones mas exactas y mas detalladas que las que conocemos, solo debemos admitir estos hechos con mucha reserva.

Vemos, pues, que de todo lo expuesto se deduce que es preciso convenir con los autores modernos en que hay para la produccion de las arenillas una influencia oculta, sin la cual serian impotentes las causas en apariencia mas eficaces, y que la química y la fisiologia mas bien nos han dado á conocer el *cómo* que el *por qué*, cosa que sucede igualmente en un gran número de hechos patológicos.

§ III.—Síntomas.

Ya hemos dicho antes de ahora que los síntomas solo difieren en realidad, segun el volúmen mayor ó menor de las concreciones urinarias, y así conviene estudiarlos segun la division establecida por Civiale.

1.° *Arenillas en la orina.*—Segun Civiale, cuando la orina sale sin presentar en el instante mismo granos de arenillas enteramente formados, sino que es necesario el enfriamiento para su aparicion, no hay enfermedad. En efecto, este es un buen medio de distinguir las arenillas del simple sedimento cristalizado ó no; pero, sin embargo,

hay casos en que es tan rápida la formacion de cristales de ácido úrico, que á pesar de que haya habido tiempo para ver la orina trasparente, la cristalizacion ha sido casi instantánea, y si entonces no se puede decir que realmente hay arenillas, se debe convenir á lo menos en que parece inminente su aparicion, y que este estado llama ya la atencion del médico. Así, pues, conviene que le indiquemos, porque hecha esta salvedad, la diferencia propuesta por Civiale allana todas las dificultades.

Ya salgan las arenillas enteramente formadas con la orina, y que por consiguiente haya habido ya cristalizacion ó precipitacion amorfa en las vias urinarias, ó ya se haya efectuado la cristalizacion á consecuencia del enfriamiento, por lo comun no hay síntoma alguno. Sin embargo, algunos sugetos experimentan en las regiones renales una *incomodidad* y á veces un *dolor sordo*, que puede inquietarlos si han reconocido el estado de su orina. Este síntoma se observa especialmente cuando las arenillas se forman en el riñon.

2.° *Arenas que pueden atravesar los uréteres.*—En los sugetos que ya han presentado arenillas en la orina, y á veces en los individuos que no han tenido este síntoma, la orina arrojada contiene una cantidad mayor ó menor de *arenas* del grueso de una cabeza de alfiler, por lo comun mas pequeñas y á veces mayores. Hé aquí lo que sucede, segun el profesor Magendie, en los que han presentado anteriormente arenillas en la orina. «Las mas veces, dice este autor, el que ha de ser atacado de litiasis experimenta algunos meses antes de su aparicion una sensacion particular de *hormigueo* y de *entorpecimiento* en la region renal, su *orina sale cargada de color*, y deja depositar al cabo de una ó dos horas un *sedimento rojizo*, mas ó menos abundante... Estos primeros síntomas aumentan de intensidad, la sensacion de entorpecimiento de los riñones se cambia en una verdadera *debilidad dolorosa*, que varía de intensidad, y al dia siguiente de aquel en que ha sido mayor, sale con la orina cierta cantidad de *arenillas.*» Estos prodromos se refieren particularmente á la *arenilla úrica*, que es sin duda alguna la mas frecuente de todas.

Mas tarde, y continuando estos síntomas, se hallan en la orina las arenas indicadas y por lo comun redondeadas, que muchas veces *las oye el mismo enfermo caer en el orinal*, pero que ordinariamente no ocasionan ningun accidente grave. Sin embargo, se ha visto repetidas veces que estas arenas pequeñas, de un diámetro inferior al del uréter, han producido síntomas violentos, que describiremos mas adelante, y que no son mas que los del *cólico nefrítico*. En algunos casos se puede explicar este accidente por las asperezas de una arena que han hecho que se detenga este cuerpo extraño en el conducto renovexical, y que han rasgado las paredes de este conducto, ó bien por la figura de este cuerpo, que teniendo en un sentido un diámetro considerable, se ha presentado segun este diámetro. Pero hay casos en que no se encuentra ninguna explicacion de este género, y es

preciso entonces admitir una contraccion, una estrechez espasmódica del conducto que ha impedido que avance el cálculo.

3.° *Arenas demasiado voluminosas para atravesar libremente el uréter.*—Cuando las arenas son demasiado grandes para atravesar libremente el conducto, se pueden introducir en la parte superior de este, é ir bajando luego con mucha dificultad. En estos casos la *hematuria* y el *cólico nefrítico* son los signos por los cuales se reconoce la existencia de estas concreciones.

Puede suceder tambien que despues de haber penetrado un cálculo en el uréter permanezca fijo en este conducto, produciendo primero una irritacion y despues una inflamacion mas ó menos intensa. En estos casos y despues de una ó mas accesiones de *cólico nefrítico* y de una ó mas *hematurias*, sobreviene la distension del uréter y despues la del riñon, sea simplemente por la orina ó por este líquido mezclado con pus. Ya hemos descrito este último estado morboso, y estudiaremos el otro mas adelante.

El *exámen de la orina* ofrece un gran número de caractéres comunes á estas tres especies, y por esto lo hemos dejado para despues de la descripcion de los demás síntomas.

La orina es en general tan abundante como en el estado normal, aunque, sin embargo, se ha hallado su cantidad disminuida ó aumentada en algunos casos. Es preciso tener mucho cuidado para no dejarse engañar por ciertas circunstancias. Casi todos los remedios que se administran á los enfermos tienen por objeto aumentar la secrecion urinaria, y por consiguiente no es extraño que la orina sea entonces mas abundante. Por el contrario, puede una concrecion obstruir el uréter, y en este caso no hay disminucion, sino detencion de la orina en un lado. En los casos en que las arenas producen el cólico nefrítico, se puede hallar la orina completamente suprimida, aun cuando esté obstruido solo un uréter; pero lo mas comun es ver que el riñon sano suple entonces á la secrecion del riñon afectado.

Se concibe que la orina debe presentar caractéres físicos muy variables, segun los casos, porque en efecto, esto depende, no de las arenillas, sino del estado en que se hallan los órganos urinarios. La sangre, el pus, la albúmina y el moco le comunican las modificaciones que hemos descrito antes de ahora, cuando la inflamacion ocupa las vias urinarias. En el caso contrario, la orina conserva sus caractéres normales, y la única circunstancia notable que en ella se observa es la presencia de las arenillas ó arenas mas ó menos gruesas.

Hé aquí, no obstante, una distincion de importancia que ha establecido Rayer entre el estado de la orina en los casos de *arenilla úrica* y en los de *arenilla fosfática*. «Cuando las arenas, dice este autor, que ocasionan estos accidentes (los del *cólico nefrítico)* están compuestas de *ácido úrico* (que es el caso mas comun), la orina es *ácida*, y el sedimento presenta *cristales romboidales* de color amarillo rojizo. Filtrada, se vuelve ligeramente turbia cuando se la trata por

el ácido nítrico, que precipita cierta cantidad de ácido úrico ó de albúmina, mezclada ó no con glóbulos sanguíneos.

»Cuando las arenas son *fosfáticas*, la orina *alcalina* y turbia en el momento de la emision, se aclara primero por la adicion del ácido nítrico, y á veces vuelve en seguida á enturbiarse añadiendo mayor cantidad de este ácido, si contiene albúmina, sangre ó pus.»

Arenillas.—Hemos dicho que las arenillas formadas por la cristalizacion de los principios salinos de la orina, no se presentan á veces hasta despues de la emision y de haber empezado el enfriamiento. Indudablemente esto no es todavía un estado verdaderamente patológico; pero esta cristalizacion anuncia la proximidad de las verdaderas arenillas, como ya lo hemos indicado, y debiendo empezar el tratamiento desde este instante, jamás debe descuidar el médico la apreciacion de este síntoma. Es raro que las arenillas que se forman así despues de la emision de la orina sean mas que de *ácido úrico* cristalizado, y por consiguiente el polvo que de ellas resulta tiene casi siempre los caractéres de las arenillas que se han formado antes de la emision, y que son igualmente de ácido úrico cristalizado en la mayor parte de los casos.

Cuando se forman las arenillas en el momento mismo de la emision, se reunen pronto en el fondo del vaso, mientras que las que se depositan á consecuencia del enfriamiento, aparecen primero en los bordes en aquellos puntos en que teniendo el líquido menos espesor experimenta mas pronto la influencia de la temperatura exterior. Este es un signo diferencial, que conviene no echar en olvido. En cuanto á los caractéres químicos de estas arenillas pulverulentas, como no se diferencian de los que se hallan en las litiasis producidas por concreciones mas voluminosas, nos limitaremos á hacer algunas indicaciones, que servirán para distinguir las diferentes arenillas entre sí.

Se manifiesta el ácido *úrico* unas veces bajo la forma de polvo amorfo, y en otras ocasiones cristalizado en romboedros, que ordinariamente están agrupados en rosetones regulares é irregulares, como lo demuestra la figura 76.



Fig. 76.—Acido úrico. (Robin et Verdeil, pl. XI y XII.)

Tambien se encuentran de la forma de la fig. 77 ó de la figura 78, que representan romboedros, cuyos ángulos son romos, ó la figura 79,



Fig. 77.—Acido úrico, cristales romboédricos con los ángulos romos. (Robin et Verdeil, p. XIII, fig. 2.)

Fig. 78.—Acido úrico. Grandes romboedros opacos de ángulos romos. (Robin et Verdeil, pl. XVI, fig. 3.)

que es ácido úrico hidratado, que se obtiene echando su disolucion en el agua hirviendo.



Fig. 79.—Acido úrico hidratado. (Robin et Verdeil, p. XVI, fig. 2.)

Fig. 80.—Urato amónico. (Donné, Atlas.)

Los uratos presentan al microscopio los caractéres siguientes: el urato amónico, cuando se acaba de expeler la orina, se presenta bajo la forma de un polvo amorfo, mas tarde se forman glóbulos, y cuando la orina es alcalina se adhieren á los glóbulos agujas. Todos estos caractéres han sido indicados por Robin y Verdeil (1) (fig. 81.)

El *urato de sosa* es frecuente en los depósitos urinarios, sobre

(1) Robin y Verdeil, *Traité de chimie anatomique et physiologique normale et pathologique*. Paris, 1853, t. II, p. 435, con atlas.

en sugetos que hasta entonces solo habian arrojado arenillas ó arenas.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

De la descripcion anterior resulta que el *curso* de las arenillas es uno de los menos uniformes que conocemos, lo cual es debido á la variedad del volúmen de las concreciones, porque segun que estas son ó no grandes, así el enfermo puede padecer los dolores mas vivos ó estar al parecer en el mejor estado de salud. A esto se deben agregar los efectos del tratamiento que pueden hacer desaparecer durante cierto tiempo todos los síntomas, y las variaciones del régimen y las condiciones higiénicas, cuya accion es por lo comun muy marcada sobre las arenillas ya existentes.

La *duracion* de esta enfermedad es ilimitada. Es raro que se consiga triunfar de la enfermedad cuando el enfermo arroja arenillas ya formadas en el momento de la emision de la orina, y cuando hay verdaderas arenas suele prolongarse la afeccion hasta la muerte del sugeto que, como ya hemos dicho, puede ser causada por las mismas arenillas cuando son abundantes y bastante voluminosas para irritar las partes y atravesar el uréter con dificultad.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Cuando la enfermedad consiste simplemente en un depósito de arenillas, se hallan en las diversas partes de los conductos urinarios como incrustaciones formadas por estas concreciones. Ya hemos dicho que en los recien nacidos presentan los tubulillos la figura de pinceles á causa del polvillo de ácido úrico que contienen. Se pueden hallar igualmente algunos ligeros vestigios de inflamacion en las paredes de las cavidades renales; pero por lo comun estos depósitos pulverulentos no ocasionan alteracion sensible en el órgano.

Las arenas se encuentran igualmente en mayor ó menor abundancia en los cálices y en la pélvis, y hasta pueden hallarse en la vejiga. Entonces los signos de la inflamacion de los riñones son bien manifiestos, y cuando las arenas son muchas, voluminosas y están cubiertas de asperezas, han ocasionado por lo comun la inflacion crónica de la pélvis, de los cálices y hasta de la sustancia de los riñones. De aquí la existencia de pus en estas cavidades, los abscesos, etc., lesiones que ya hemos descrito al hablar de la *pielitis* y de la *nefritis crónica*.

Si se ha detenido una arena en el uréter y se ha suspendido el curso de la orina y del pus, se observa la dilatacion, por los líquidos, de la pélvis y de la porcion del uréter situada por encima del

granulaciones esféricas ú ovóideas, un poco morenas en su centro, y presenta prolongaciones como raíces. Los otros uratos son poco importantes.

El *oxalato de cal* tambien se halla á menudo en los sedimentos urinarios, aun en estado de salud, despues de la ingestion de ciertos alimentos vegetales; es raro en las arenas, mientras que es muy frecuente en los cálculos; visto con el microscopio, se presenta bajo la forma de pequeños octaedros de base cuadrada, que se parecen á los sobres de cartas: estos cristales se alteran en la orina, y toman, segun Thudichum (1), la forma representada en la figura 84. Cristaliza tambien en romboedros, segun Golding Bird, Robin et Verdeil (figura 85); toman en ocasiones un aspecto muy notable dichos cristales, á los que Golding Bird ha dado el nombre de *cristales en arenas* (*dunsbells*, fig. 86).



Fig. 83.—Oxalato de cal en forma de tegumentos de cartas. (Robin et Verdeil, p. VI, fig. 3.)



Fig. 84.—Cristales alterados de oxalato de cal. (Thudichum, *Pathology of the urine*, pl. V, fig. 5, p. 356.)



Fig. 85.—Cristales de oxalato de cal cristalizados en romboedros. (Golding Bird.)

Los *fosfatos* se encuentran bajo la forma de un sedimento blanco. El *fosfato de cal* es raro en los posos de orina (fig. 87), se halla mezclado el *fosfato de magnesia*. Se ve con el microscopio bajo la forma de prismas brillantes oblícuos y de base romboidal (fig. 88) y

(1) Thudichum, *Treatise on the pathology of the Urine*, pl. V, fig. 5.

el fosfato amónico-magnésico (fig. 89), cristalizado en prismas de cuatro caras, apuntados por pirámides de cuatro caras tambien, ó sino en agujas....



Fig. 86.—Pequeña aglomeracion de cristales en arenillas de *oxalato de cal*. (Beale, pl. XXIV, fig. 126.)

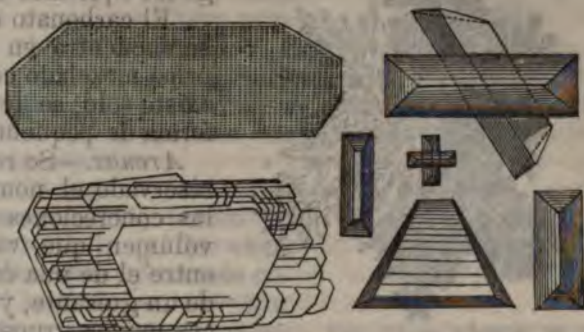


Fig. 87.—Semioctaedros y láminas superpuestas. Fosfato ácido de cal. (Robin et Verdeil, pl. III, fig. 1.)



Fig. 88.—Prismas oblícuos de fosfato de magnesia. (Robin et Verdeil.)

Fig. 89.—Fosfato amónico magnésico. Cristales prismáticos comunes. (Robin et Verdeil, pl. VII, figuras 1 y 2.)

Berzeius y Rayer opinan que la cristalizacion en hojas de higuera (fig. 90) pertenecen al sub-fosfato bi-amónico-magnésico.

La cistina es insoluble en el agua y se precipita rápidamente cuando se encuentra en la orina: cristaliza en lentejuelas, en láminas delgadas ó prismas exagonales (fig. 91).



Fig. 90.—Fosfato amónico-magnésico. Cristales en hojas de higuera. (Robin et Verdeil, pl. VIII, fig. 2.)

El carbonato de cal casi siempre se encuentra en los sedimentos de orina mezclado con el fosfato; cuando existe solo, se le encuentra bajo la forma de pequeñas esferas radiadas.

Arenas.—Se recordará que hemos reservado el nombre de *arenas* para las concreciones que presentan un volúmen que varía ordinariamente entre el de una cabeza de alfiler y el de un guisante, y que teniendo á veces mayor grueso, causan por este solo motivo los accidentes alarmantes del *cólico nefrítico*.

La *forma* de las arenas varía mucho, pero sin embargo, debemos decir en general, que son ovaladas ú oblongas, porque esto es en efecto lo que sucede mas comunmente. Pero se han observado tambien unas redondeadas, otras que tenian la figura de una pera, prismáticas, etc. A veces sucede, aun en los casos en que los cálculos tienen la figura redondeada, que presentan en su superficie una ó

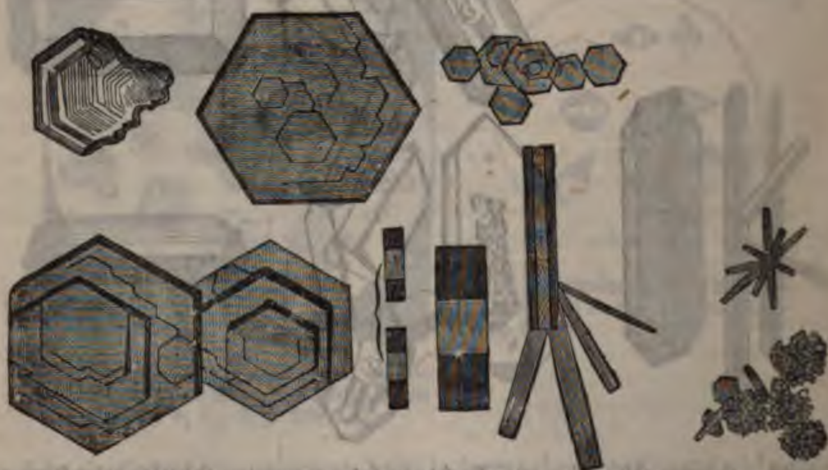


Fig. 91.—Laminitas, lentejuelas y prismas exagonales de cistina. (Robin et Verdeil, pl. XXXIII.) Los mismos aglomerados.

mas asperezas, y fácilmente se concibe cómo al atravesar el uréter ocasionan entonces la *hematuria* y el *cólico nefrítico*.

El *número* de estas concreciones puede ser muy considerable. En general se halla en razon inversa de su grueso, pero esta regla tiene tambien sus excepciones.



Fig. 92.—Carbonato de cal, formas que se encuentran en las orinas alcalinas de los hombres y de los niños. (Robin et Verdeil, pl. III, fig. 2.)

Como los demás caractéres varían segun las arenas, no es posible exponerlos de un modo general: veamos, pues, en qué se distingue cada especie.

Arena úrica.—Las arenas de ácido úrico, que son las mas comunes, tienen un color rojo amarillento, de lo que les viene el nombre de *arenillas rojas*; pero este color no es propio del ácido úrico, sino que depende de una materia colorante, respecto á la cual no están los químicos enteramente conformes. Puestas en contacto con los álcalis, y sobre todo con la potasa, se disuelven con facilidad y prontamente. El ácido nítrico las disuelve con efervescencia, y si se evapora la solucion hasta la sequedad, queda en la vasija una capa de color de púrpura. Expuestas á la accion de un fuego vivo, se consumen enteramente, signo característico y de mucha importancia para el práctico.

Arena fosfática.—Las arenas de *fosfato amoníaco magnésico* son las que se hallan ordinariamente en esta especie. Lavadas, presentan un color blanco; pero antes de esta operacion, grises, y de aquí el nombre que se les ha dado de *arenilla gris*. Enverdecen el jarabe de violetas, su sabor es salado, y si se las echa sobre carbones encendidos se ponen negras y exhalan un olor amoniacal. Trituradas con ellas la potasa y la sosa desprenden el amoníaco.

Las arenas de *fosfato de cal* no tienen el mismo interés para nosotros, pues son sumamente raras, lo mismo que las concreciones formadas por las demás sales calcáreas. Su color es blanco, y de aquí el nombre de *arenillas blancas*, que es tan comun á estas como á las formadas de *carbonato de cal*, etc.

Arena oxálica.—Las arenas de *oxalato de cal* distan mucho de poderse colocar entre las mas frecuentes. En general tienen un color amarillo oscuro, y se han designado con el nombre de *arenillas amarillas*, aunque á veces se las halla de color pardo negruzco. Quemándolas al soplete, se evapora el ácido oxálico, y queda solo un polvo blanco, que no es mas que cal pura.

El oxalato de cal se encuentra asociado casi siempre á las concreciones de oxalato amónico y á las sales úricas; estas arenillas son muy duras y pesadas, y su superficie exterior rugosa, mamexonada, y por su fractura se notan unas líneas claras sobre un fondo moreno;

estas arenillas son muy pequeñas y de un color amarillo claro ó blancas. Es raro que salgan al exterior las concreciones de oxalato de cal; por el gran número de asperidades que tienen quedan en la vejiga, y se las encuentra mas frecuentemente al estado de piedras que en el de arenillas. (Leroy d'Étiolles hijo.)

Arenilla cistica.—En 1805 Wollaston (1) desecubrió un cuerpo que llamó *óxido-cístico*, y al que Berzelius (2) dió el nombre de *cistina*, por haber demostrado que no era un óxido. Segun Fabre (3), la cistina no existe en disolucion en la orina; en seguida que se forma se deposita en cristales ó en arenas. Es insoluble en el agua, alcohol y éter; soluble en el amoníaco, y los ácidos minerales; por el calor se desalojan productos amoniacales, y queda un carbon ligero; arde, produciendo un olor aliáceo; su fórmula química seria $C^{12}H^{12}N^{2}O^{8}S^{4}$. Forma cálculos por sí sola ó asociada á otras sustancias (Wollaston, Civiale, Henry, Marcet); estas concreciones tienen una superficie erizada, y no presenta capas concéntricas.

Arenilla pilosa.—Ya hemos dicho que á veces se han encontrado pelos en medio de estas concreciones, circunstancia que siendo muy notable, bajo otros puntos de vista, no tiene un verdadero interés para el práctico.

A fin de hacer comprender bien los caractéres de las arenillas, hemos debido indicar detalladamente lo que sucede, segun que los enfermos arrojan solo arenillas ó arenas mas ó menos gruesas. Pero no se debe creer que las concreciones urinarias se presentan siempre de igual modo en un mismo sugeto, porque si bien es cierto que hay enfermos que en todo el curso de la afeccion no arrojan mas que *arenillas*, tambien hay muchos que unas veces expelen arenillas, otras arenas de poco volúmen, y algunas bastante voluminosas, para causar los síntomas del cólico nefrítico, siendo por lo comun muy difícil descubrir la causa del cambio que se ha verificado á intervalos variables en el grueso de los cálculos, cambio del que resulta una diferencia inmensa en los síntomas de la enfermedad.

Cuando las concreciones son bastante numerosas para ocasionar la irritacion de las partes que las contienen, y cuando la enfermedad lleva ya mucho tiempo de duracion y ha determinado varios accesos de cólico nefrítico, llegan á inflamarse los riñones de un modo crónico, y aparecen por consiguiente los signos de la *nefritis crónica*, como dolor, orina purulenta y demacracion. Estos síntomas persisten hasta la muerte con exacerbaciones mas ó menos intensas, dependientes siempre de las irritaciones enérgicas que causan las concreciones, y no es raro que en estas circustancias se formen cálculos

(1) Wollaston, *De l'oxyde cystique, nouvelle espèce de calculs* (*Ann. de chimie*, t. LXXVI, 1810, et *Philosoph. Transact.*, 1808).
(2) Berzelius, *Traité de chimie*, traduction française, t. VII, 1828.
(3) A. Fabre, *De la cystine*, thèse de Paris, 1859, n.º 11.

en sugetos que hasta entonces solo habian arrojado arenillas ó arenas.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

De la descripcion anterior resulta que el *curso* de las arenillas es uno de los menos uniformes que conocemos, lo cual es debido á la variedad del volúmen de las concreciones, porque segun que estas son ó no grandes, así el enfermo puede padecer los dolores mas vivos ó estar al parecer en el mejor estado de salud. A esto se deben agregar los efectos del tratamiento que pueden hacer desaparecer durante cierto tiempo todos los síntomas, y las variaciones del régimen y las condiciones higiénicas, cuya accion es por lo comun muy marcada sobre las arenillas ya existentes.

La *duracion* de esta enfermedad es ilimitada. Es raro que se consiga triunfar de la enfermedad cuando el enfermo arroja arenillas ya formadas en el momento de la emision de la orina, y cuando hay verdaderas arenas suele prolongarse la afeccion hasta la muerte del sugeto que, como ya hemos dicho, puede ser causada por las mismas arenillas cuando son abundantes y bastante voluminosas para irritar las partes y atravesar el uréter con dificultad.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Cuando la enfermedad consiste simplemente en un depósito de arenillas, se hallan en las diversas partes de los conductos urinarios como incrustaciones formadas por estas concreciones. Ya hemos dicho que en los recien nacidos presentan los tubulillos la figura de pinceles á causa del polvillo de ácido úrico que contienen. Se pueden hallar igualmente algunos ligeros vestigios de inflamacion en las paredes de las cavidades renales; pero por lo comun estos depósitos pulverulentos no ocasionan alteracion sensible en el órgano.

Las arenas se encuentran igualmente en mayor ó menor abundancia en los cálices y en la pélvis, y hasta pueden hallarse en la vejiga. Entonces los signos de la inflamacion de los riñones son bien manifiestos, y cuando las arenas son muchas, voluminosas y están cubiertas de asperezas, han ocasionado por lo comun la inflacion crónica de la pélvis, de los cálices y hasta de la sustancia de los riñones. De aquí la existencia de pus en estas cavidades, los abscesos, etc., lesiones que ya hemos descrito al hablar de la *pielitis* y de la *nefritis crónica*.

Si se ha detenido una arena en el uréter y se ha suspendido el curso de la orina y del pus, se observa la dilatacion, por los líquidos, de la pélvis y de la porcion del uréter situada por encima del

obstáculo. Volveremos á hallar estas lesiones todavía mas manifiestas al describir los verdaderos *cálculos renales*.

La figura 93 puede dar una idea de la disposicion de las arenas en las vias urinarias en su orígen.

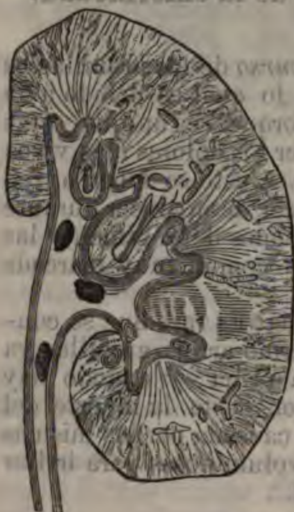


Fig. 93.—Corte medio del riñon.—Los tres puntos negros representan tres arenillas de las cuales dos están en la pélvis y una en el uréter. (Mallet).

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagóstico* de las arenillas, tal cual hemos descrito esta enfermedad, es decir, haciendo abstraccion de los síntomas del cólico nefrítico, no presenta por lo comun ninguna dificultad, porque la presencia de las arenillas ó arenas en la orina es ya el fenómeno por el cual se consulta al médico. Sin embargo, hay algunos casos especiales que merecen que los estudiemos.

En un enfermo que sin haber arrojado nunca arenas ó arenillas experimenta dolores sordos y contínuos en una de las regiones renales ó en ambas á la vez, ¿se puede decir si estos dolores dependen de una litiasis, cuya produccion no se halla actualmente á la vista? Tenemos que convenir con Civiale en que este diagnóstico, que solo podria fundarse en signos racionales, es enteramente imposible.

Por el contrario, otro sugeto arrojó ya arenillas, y despues de haber desaparecido los síntomas de esta afeccion, vuelve á sentir de nuevo dolor y pesadez en la region renal, pero no vuelve á verse en la orina concrecion alguna. En este caso se puede suponer que se han formado nuevas arenillas en los riñones; pero no será posible hacer un diagnóstico exacto, porque hay otras muchas enfermedades, como una nefritis, un lumbago ó una neuralgia lumbar, que pueden producir síntomas semejantes

Se diagnosticará fácilmente *la especie de las arenillas* por medio de los caractéres que dejamos indicados, pero no debemos contentarnos con atender solo al color, como quieren algunos autores, pues ya hemos dicho tambien que este puede hallarse alterado por sustancias extrañas; importa mucho para el tratamiento formar este diagnóstico de un modo bastante exacto; pero sin embargo, lo que mas interesa tener presente, es que las arenillas unas veces son ácidas y otras alcalinas, porque atendiendo á esta consideracion capital es como se emplean los principales medios de tratamiento.

§ VII.—Tratamiento.

No nos detendremos mucho en el tratamiento de las arenillas, porque es el mismo que se usa contra los cálculos renales y el cólico nefrítico á que dan orígen estas diversas concreciones, y por consiguiente entraremos en su estudio de un modo detallado en los dos artículos siguientes. Solo, pues, diremos aquí que se deben emplear los diuréticos mas particularmente en las arenillas, en atencion á que todo lo que pueda favorecer la expulsion de estas concreciones basta muchas veces para hacer desaparecer los accidentes mas temibles, y que siendo las arenillas poco voluminosas son arrastradas con mas ó menos facilidad por el líquido urinario.

Gotas litontrípticas de Palmieri (1).

Hé aquí la fórmula:

Azufre..................	30 gram.	Agua de brea...........	300 gram.

Se hace hervir el azufre en el agua de brea hasta que el líquido haya tomado un bello color rojo de rubí; se decanta y se conserva para el uso. Se toman de este líquido diez gotas por dia como medio preventivo de las recidivas de los dolores nefríticos, debidos á las arenillas, y quince ó veinte gotas como medio curativo.

ARTICULO IV.

CÁLCULOS RENALES.

Vamos á exponer aquí lo perteneciente á los cálculos voluminosos de los riñones, y en seguida el tratamiento para disolver los cálculos como las arenillas de que hemos hablado en el artículo precedente.

§ I.—Causas.

Las *causas* de los cálculos renales son las mismas de las arenillas. Su *volúmen* varía extraordinariamente, y así se hallan algunos que apenas exceden del grueso de un guisante, y que, sin embargo, no han podido ser expulsados por el uréter, ó que han quedado fijos en el punto en que se han formado; otros que, por el contrario, llenan la pélvis, y algunos que han invadido el órgano entero, enviando prolongaciones ramosas á todas las cavidades renales.

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 15 Julio 1852.

Segun R. Leroy (d'Étiolles) hijo, rara vez las piedras del riñon pasan del volúmen de una nuez grande: la figura 94 representa una de las piedras mayores que se han visto: tiene 94 milímetros de largo, 30 de ancho, y despues de desecada tenia un peso de 75 gramos. Garmann (1) encontró una del volúmen de un huevo de polla, dicho volúmen no está en relacion con la edad de los enfermos: Ruysch (2), Richel (3) han descrito dos casos de piedras voluminosas en riñones de niños. Las piedras encontradas en el uréter son menos voluminosas, teniendo el grosor de una aceituna ó el de un huevo de paloma, y son generalmente alargadas. Se hallaron piedras muy grandes en los uréteres del ministro Colbert, que murió teniendo dolores nefríticos.



Fig. 94.—Cálculo renal. (Leroy d'Etiolles hijo, fig. 29, p. 113.)

§ II.—Forma.

No es menos variable la *figura* de los cálculos, aunque, sin embargo, por lo comun son redondeados, presentando ó no asperezas mas ó menos considerables á consecuencia de las prolongaciones que invaden las diversas cavidades renales. A veces su figura es sumamente rara, y así se les ha comparado á diversos animales con los cuales tenia una semejanza grosera.

En el riñon izquierdo del Papa Inocencio XI se encontró un cálculo que pesaba 288 gramos, y segun Dionis (4), se parecia á uno de los perros de forma fantástica que servia de gárgola ó canalón en ciertos monumentos góticos: lo que representa la figura precedente tiene analogía con una mano. Frecuentemente estos cálculos son *coraliformes*, como lo demuestra la figura 95, tomada sobre el enfermo. Coulon (5) ha visto uno en el riñon izquierdo del volúmen de un huevo de polla; Moutard-Martin (6) ha encontrado de veinticinco á

(1) Garman, *De mirac. mortuor.*, lib. III, p. 1193.
(2) Ruysch, *Obs. chir. anat.*, obs. VLII, p. 53, t. I. Amstelod., 1
(3) Reichel, *De calculis renalibus*. Lipsiæ.
(4) Dionis, *Cours d'opérations de chirurgie*, 4.ª édit., 1751.
(5) Coulon, *Calculs dans les calices et les bassinets (Bulletin de la Société anatomique*, 1856, p. 84).
(6) Moutard-Martin, *Pyélite calculeuse (Bulletins de la Société de médecine des hôpitaux*, Agosto 1864).

treinta cálculos de la forma de ramas de coral en un riñon casi completamente destruido; Royer (1) los ha visto bajo la forma de cuerno de abundancia.



Fig. 95.—Cálculo renal coraliforme. (Leroy d'Etiolles hijo, fig. 30, p. 119.)



Fig. 96.—Concrecion encontrada por R. Leroy d'Etiolles en un hombre que murió de peritonitis á causa de una talla hipogástrica. (Leroy d'Etiolles, fig. 28.)

La figura 96 representa una pequeña concrecion en forma de seta encajada en un tubo urinario por su porcion cilíndrica, sobresaliendo hácia afuera la extremidad aplanada.

Estos cálculos se hallan por lo comun en la pélvis y en el cáliz, se han hallado algunos medios introducidos en el uréter, y en un caso la parte introducida era larga y adelgazada, y aplanada la que habia quedado en la pélvis, de modo que el cálculo venia á tener la figura de un clavo.

§ III.—Composicion.

La *composicion* de los cálculos es la misma que la de las concreciones descritas en el artículo *Arenillas*, pero sin embargo, sucede á veces que en los cálculos voluminosos se encuentran varias capas de composicion diferente. «No tan solo, dice Civiale, todas las especies de cálculos simples y homogéneos pueden tener orígen en el riñon, lo mismo que en todos los demás departamentos de las vias urinarias, sino que pueden tambien, permaneciendo en aquel órgano, pasar por todos los cambios de naturaleza y aspecto que sufren en la vejiga.» Unicamente conviene saber que estos cambios son mucho mas raros en la primera de dichas partes.

(1) Royer, *Calculs rénaux (Bulletins de la Soc. anat*, 1860).

En la mayor parte de los cálculos su *estructura* es extractificada, y dando un corte para ver las capas concéntricas, se ve que están compuestas de la misma sustancia, como se ve en la figura 97, ó

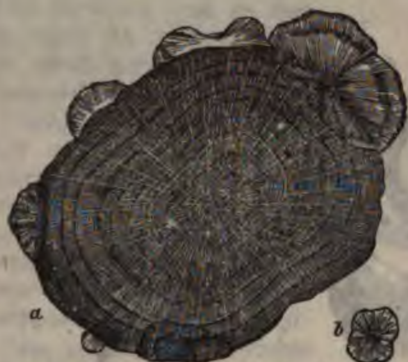


Fig. 97.—Cálculo de oxalato de cal. (Beale, pl. XXIV, fig. 124.)



Fig. 98.—Cálculo de fosfato de cal, núcleo de ácido úrico. (Beale, pl. XXV fig. 131.)

agrupadas alrededor de un núcleo de materia distinta de las capas exteriores (fig. 98), ó alternando con ellas en cuanto á su composicion química (fig. 99).

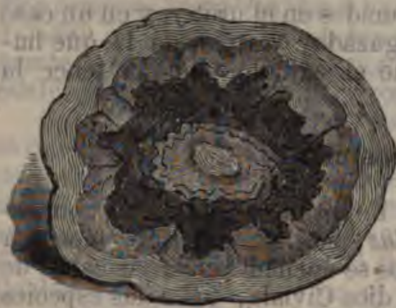


Fig. 99.—Corte de un cálculo, en el que se ve alternando el oxalato y el ácido úrico. (R. Leroy d'Etiolles, fig. 64, pl. 173.)



Fig. 100.—Cálculo con núcleos múltiples, aprisionados en una ganga de urato dispuesto por capas concéntricas. (Leroy d'Etiolles, fig. 57, p. 169.)

Algunos cálculos tienen varios núcleos, como el que representa la figura 100; otros, en lugar de capas extratificadas, presentan una

mala amorfa ó cristalizada alrededor de un núcleo de composicion variable. (Figura 101, 102 y 103). Esta última figura se refiere á un



Fig. 101.—Cálculo de fósfato, ácido úrico, núcleo de oxalato de cal. (Beale, pl. XXV, figura 133, p. 455.)



Fig. 102.—Fósfatos cristalizados alrededor de un núcleo de de urato amónico. (Leroy d'Etiolles (1) fig. 54, p. 167.



Fig. 103.—Cálculo de cistina pequeño y roto que contiene un núcleo muy visible, formado de urato amónico, en cristales brillantes y delgados.

cálculo de cistina, es la disposicion que presenta casi siempre esta sustancia. En fin, en lugar de un núcleo central, se encuentra algunas veces una cabidad que atestigua que la concrecion tiene por orígen un cuajaron que, disecado, ha producido una especie de géoda (figura 104).

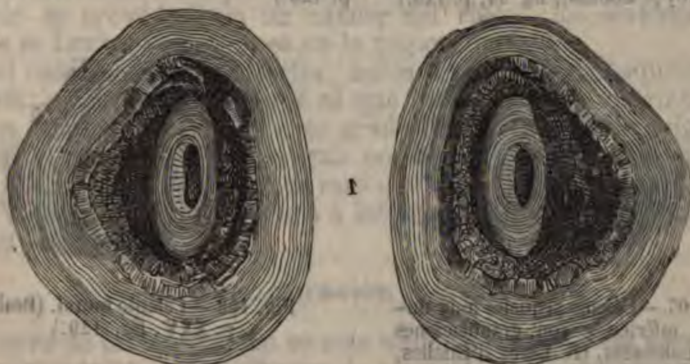


Fig. 104.—Cálculo con una cavidad. R. Leroy d'Etiolles, fig. 72, p. 178.

La dureza y el color de los cálculos varía: los que se componen de ácido úrico, son duros y amarillos ó amarillos rojizos en su fractura, su superficie es lisa ó con asperidades (figuras 105 y 106).

Las concreciones fosfáticas son mas blandas y de un color generalmente blanco ó blanco grisáceo; las de oxalato de cal son morenas, ó mas bien parecido su color al del tabaco ó al del café, y muy

(1) Véase Leroy (d'Etiolles), *Comptes rendus des séances et Mémoires de la Société de biologie*, Mayo 1863.

irregular su superficie, lo que justifica, en cierto modo, la denominacion de cálculos que se les ha dado (figuras 107 y 108).



Fig. 105.—Piedra de ácido úrico en forma de huevo un poco aplanado. (Leroy (d'Etiolles), fig. 33, p. 125.)



Fig. 106.—Piedra vexical compuesta de ácido úrico puro. (Leroy (d'Etiolles), fig. 32, p. 123.)



Fig. 107.—Cálculo pequeño muy duro, esférico y con granulaciones mamelonadas. (R. Leroy d'Etiolles, fig. 37, p. 129.)



Fig. 108.—Cálculo mural. (Beale, p. XXV, fig. 129.)

Los cálculos de cistina, de los que posee Leroy (d'Étiolles seis ejemplares, tienen un color amarillo parecido al de la cera vírgen. Se ha encontrado, sin embargo, la cistina de un color blanco, y aun verde. Su fractura es brillante, micácea, y se distinguen agujas prismáticas. Estos cálculos son mas comunes en las mujeres que en los hombres.

Leroy (d'Étiolles) hijo, ha visto un cálculo verde oliva, y uno azul, cuyas coloraciones son muy raras. Las piedras del riñon están frecuentemente teñidas al exterior de negro, por haber sido largo tiempo bañadas por la sangre.

§ VI—Síntomas.

Puede un cálculo renal voluminoso permanecer por mucho tiempo en el riñon sin ocasionar ningun síntoma, de lo cual refieren los autores numerosos ejemplos; pero por lo comun se observan fenómenos notables, y ya hemos descrito los principales (1). Tales son dolores mas ó menos intensos en la region renal y que suelen exacerbarse de un modo manifiesto por los movimientos bruscos, al correr, al andar á caballo y sobre todo en carruaje, llegando entonces á trasformarse con frecuencia en verdaderos cólicos nefríticos. En estos casos unas veces, cambiando el cálculo de lugar, una de sus asperezas irrita violentamente la sustancia del riñon, y otras introduciéndose este cuerpo extraño en el uréter, distiende considerablemente el conducto é interrumpe el curso de la orina, así como la evacuacion de la materia purulenta.

Vienen á completar el cuadro de estos síntomas los fenómenos de la pielitis primero aguda y despues crónica, las *hematurias* en épocas variables, y al cabo de un tiempo indeterminado la inflamacion profunda del riñon, su destruccion, la *extenuacion* y la *fiebre hética*, que es su consecuencia.

En el caso observado por Coulon, tales eran los signos de caquexia, que se creyó existia un cáncer del riñon, los síntomas de cálculos se limitaban á dolores en la region lumbar.

En el caso de Moutard-Martin, habia apariencia de caquexia albuminosa: es bastante frecuente el que los desórdenes del riñon determinen sobre este órgano cierto grado de enfermedad de Bright.

A estos fenómenos se agregan con frecuencia los síntomas de cálculo en la vejiga, pues no es raro que esta última afeccion llegue á ser el resultado de la tendencia á las concreciones urinarias que se observan en el riñon.

§ V.—Curso, duracion, terminacion.

El *curso* de la enfermedad es mas uniforme que en las arenillas, es decir, que existen los síntomas de un modo mas contínuo, y que cuando los cálculos llegan á tener cierto volúmen, no se observan por lo comun remisiones tan violentas como en el caso de simples arenillas; pero las exacerbaciones, y por consecuencia los accidentes tan graves que constituyen el cólico nefrítico, no dejan de dar á los cálculos renales cierto carácter de intermitencia irregular.

§ VI.—Lesiones anatómicas.

Esta afeccion ocasiona la muerte, dando orígen á las *lesiones* profundas que hemos tenido ocasion de indicar repetidas veces antes de

(1) Véase HEMATURIA, NEFRITIS Y ABSCESOS RENALES.

ahora, y que seria inútil volver á repetir aquí. Delasiauve (1) refiere un caso de un cálculo voluminoso del riñon izquierdo, que determinó la supuracion de este órgano, y la comunicacion del foco *con la cabidad abdominal y el intestino delgado*. El caso de Rayer terminó por la muerte, á los veinticinco dias de la enfermedad, con vómitos y concreciones.

§ VII.—Diagnóstico y pronóstico.

Los cálculos pueden existir latentes, pero no es difícil ordinariamente el conocer su existencia. Un dolor fijo en una de las regiones lumbares; la exasperacion de este dolor bajo la influencia de los movimientos exagerados, y sobre todo de las sacudidas; la hematuria poco abundante se observa á veces como resultado de la enfermedad; y por último, la presencia ordinaria ó frecuente por lo menos, de una cierta cantidad de pus ó de moco-pus en la orina, servirán para cerciorarse del *diagnóstico*.

Cuando sobreviene un *absceso*, un *tumor de los riñones* ó *accesos de cólico nefrítico*, el diagnóstico es tal como se ha presentado en los artículos anteriores.

§ VIII.—Tratamiento.

Concreciones urinarias que residen en los riñones.—Debo volver á repetir aquí que solo nos corresponde hablar en este tratamiento de los medios que se han indicado como capaces de disolver las concreciones urinarias mas ó menos voluminosas, y disipar toda tendencia á la produccion de estas concreciones. Lo que voy á decir es, pues, aplicable lo mismo á las *arenillas* que á los *cálculos* propiamente dichos, pero no á los accidentes de *cólico nefrítico* que resultan de la accion de estos cuerpos extraños sobre los riñones ó los uréteres.

Antes de que la química nos hubiese dado á conocer de un modo exacto la composicion química de los cálculos, los medios de tratamiento se dirigian indistintamente contra todas las concreciones urinarias, y aun en la actualidad hay cierto número de medios que se administran sin atender á la composion de estas concreciones. Debemos, pues, empezar por el estudio de estos medios comunes; en seguida daremos á conocer los que se han dirigido particularmente contra las arenillas úrica y fosfática, y diremos dos palabras del tratamiento de las concreciones oxálicas y de la arenilla cística. No es decir por esto, como veremos mas adelante, que tengamos por completamente demostrada la necesidad de emplear medios enteramente distintos para cada una de estas especies, sino que creemos necesaria

(1) Delasiauve, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 26 Febrero, 1851.

esta division para poner órden en la exposicion del tratamiento, y para poder apreciar en su justo valor los argumentos de los autores en favor de sus opiniones, porque hallaremos establecida una controversia acerca de la mayor parte de los puntos que vamos á examinar.

1.° *Medios que se dirigen indistintamente contra toda especie de cálculos renales ó de arenillas.*—Cuando no hay irritacion intensa de los riñones producida por los cálculos ó las arenas, ni es difícil el paso de estos cuerpos por el uréter, etc., no se suele practicar ninguna *emision sanguínea*; sin embargo, si el sugeto es robusto, sanguíneo y pletórico, muchos médicos, y en particular los que consideran con Civiale la irritacion como una de las causas principales de la litiásis, aconsejan sacar cierta cantidad de sangre ó por la *sangría general*, ó lo que es mas comun, por la aplicacion de *sanguijuelas* y de *ventosas escarificadas*. No insistimos mas en esta parte del tratamiento en razon á que solo es aplicable á un número limitado de casos.

Todos recomiendan las *bebidas abundantes*, y lo que interesa en esta medicacion es introducir en la economía una gran cantidad de líquido acuoso, á fin de que hallándose á beneficio de este medio por una parte la orina en un grado menor de concentracion, las partes sólidas queden mas fácilmente disueltas en ella, y por otra estando aumentada la actividad de los riñones, sean mas fácil y prontamente expulsadas las arenillas y arenas que en ellos pudieran formarse.

Por consiguiente, se puede hacer uso con este objeto del *agua pura*; los antiguos, y en particular Mead, recomendaban que solo se bebiese *agua de rio*, lo cual era efecto de las ideas particulares que tenian acerca de la etiología de los cálculos renales, pues creian que conteniendo ordinariamente las aguas de fuentes y pozos una gran cantidad de carbonatos alcalinos, debian favorecer la formacion de cálculos, en los que se hallan sales alcalinas con bastante frecuencia, como ya hemos dicho antes de ahora; pero estas ideas carecen de fundamento.

Por lo comun se recurre á diversas infusiones; á cuya mayor parte se atribuye una virtud *diurética*, y así se han usado los cocimientos de *raiz de fresa*, de *grama*, de *pedúnculos de cereza*, *yedra terrestre*, *parietaria*, *gayuba* y de *pareira brava* (recomendada por Geoffroy).

La gayuba (uva ursi).—Es un agente excito-motor de las fibras musculares de la vida orgánica; produce sobre las vias urinarias, y sobre el útero una accion parecida al cornezuelo de centeno, sin determinar, como esta última sustancia, contracciones tónicas del útero, tan fatales tanto para la madre como para el feto. (De Beauvais) (1).

La gayuba, aumentando la secrecion de la orina, facilita su escre-

(1) De Beauvais, *Considérations partiques sur l'emploi de l'uva ursi (Bulletin général de thérapeutique*. Paris, 1858.)

cion, y puede favorecer la expulsion de los cálculos pequeños que se desarrollan en el riñon, los uréteres y la vejiga.

Pero hay mas: segun Beauvais, la *gayuba* obra sobre todo excitando poderosamente las fibras de la vida orgánica, excitacion que da fuerza y actividad contractil á los órganos relajados, debilitados ú obstruidos en parte por un cuerpo hipertrofiado, como la próstata, ó por la presencia de un cálculo. Hay, pues, especialidad de accion, debida á un principio desconocido no definido, como la ergotina, que análisis mas minuciosos llegarán sin duda á denominar. Honoré, médico del *l'Hotel-Dieu*, aconsejó á una mujer de cincuenta años el que tomase como diurética la *gayuba* para corregir una *cistorrea* complicada con un tumor canceroso de la uretra; las orinas aumentaron, y se hicieron fáciles, pero al cabo de veinticuatro horas tuvo la enferma que suspender el medicamento á causa de un tenesmo y dolores de peso intolerables, segun decia la enferma, parecidos á los del parto.

La *gayuba* posee de seguro la propiedad de hacer contraer las fibras de la vejiga lo mismo que las del útero. Es variable y mas ó menos pronunciado este efecto, segun los diferentes sugetos, y el estado de irritabilidad propia ó adquirida, mas ó menos desarrollada de los órganos génitourinarios; unas veces basta una dósis de un gramo; en otras ocasiones es necesaria una dósis triple, y hasta diez veces mayor, para obtener la contraccion de las fibras musculares de estos órganos; se emplea ya en pedazos ó en polvo, en infusion ó en cocimiento. Nuestros predecesores preferian la decoccion.

En cuanto al modo de administracion de la gayuba, es muy sencillo, y no es nada peligroso. Se puede prescribir en *polvo*, *infusion theiforme* ó en jarabe, segun las fórmulas siguientes:

1.ª *Polvos de gayuba.*

R. Hojas de gayuba.....	8 grams.	Azúcar blanca.........	8 gramos.
Alcanfor............	30 centígs.		

Mézclese y divídase en doce papeles para tomar cuatro en el dia.

2.ª *Tisana de gayuba.*

R. Hojas de gayuba........	1 gram.	Agua hirbiendo...........	C. S.

Para una toma en una taza de té cada hora, con observacion, hasta encontrar mejoría.

Tambien se puede verter 1.000 gramos de agua hirviendo en 16 gramos de hojas.

3.ª *Jarabe de gayuba.*

R. Gayuba.............	90 gramos.	Azúcar blanca.............	1.000
Agua hirviendo......	C. S.		

Tritúrense groseramente las hojas de gayuba, y colóquense en un aparato apropiado para verter encima agua hirviendo. Despues de doce horas de maceracion, se filtra, se recoge el líquido, se vuelve á filtrar y se hace con azúcar un jarabe por simple disolucion, en un vaso y en el baño maría.

Debemos hacer presente que este medicamento se falsifica con frecuencia.

Se dan frecuentemente las hojas secas de *arándano (Vaccinium vitis idæa)*, las hojas del *boj (Buxus sempervirens)*, en lugar de las de gayuba; este fraude importa conocerle para explicar la diversidad de opiniones sobre los efectos de esta planta. Se descubrirá esta sofisticacion por los caractéres siguientes: las hojas de *arándano* son mas delgadas, con los bordes redondeados y no escotadas en su punta, blanquecinas y con puntas morenas en su cara inferior, mientras que las de gayuba son de un color verde puro, ovóideas, duras, coriáceas, y escamosas en sus dos caras; las hojas de *boj* (euforbiáceas), se distinguen por su forma oblonga oval, su escotadura en el vértice, su superficie lisa, y sus nervios longitudinales y trasversales. (Racle.)

Hay una sustancia que se ha considerado como dotada de una eficacia especial en el tratamiento de las arenillas; hablamos del *zumo de los retoños del álamo blanco*. Van Helmont y Boyle, á quienes cita Boerhaave (1), dice que el zumo exprimido de estos retoños cortados en la primavera, cuando todavía no pasan de unos tres dedos de largo, y dado á la dósis de algunas cucharadas al dia, ha sido muy útil á los que padecen de cálculos; pero ya se comprende que semejantes aserciones necesitan estar comprobadas por los hechos. Debemos añadir que este zumo es ácido, y que por consiguiente se le pudiera considerar como mas apropiado para el tratamiento de la arenilla en que predomina el principio alcalino, que para ninguna otra.

Trementina.—Debemos agregar á las sustancias que dejamos indicadas la trementina, que muchos autores desde Meibomius han dado como calmante en el cólico nefrítico, pero que se ha administrado tambien como susceptible de hacer desaparecer los cálculos urinarios. El doctor Lutheritz con especialidad la ha elogiado mucho, y he aquí cómo el doctor Richter (2) administra esta sustancia.

R. Trementina de Venecia.......	2 gram.
Jabon medicinal............	aa 12 gram.
Extracto de regaliz..........	

Mézclese y háganse píldoras de 10 centígramos (2 granos), y se toman de diez á quince al dia.

Los *baños tibios* prolongados que ordinariamente se hacen tomar á los enfermos, obran del mismo modo que las bebidas abundantes.

Civiale recomienda las *aplicaciones emolientes* para combatir la irritacion, que este autor cree la causa principal de la litiásis.

Diuréticos.—Acabamos de ver que el principal efecto de las bebi-

(1) Boerhaave, *Elementa Chem.*, t. II.
(2) A. G. Richter, *Specielle. Therapie*, herausgegeben von C. A. Richter, 1822 y 1824.

das que dejamos indicadas es hacer mas abundantes las orinas, y que por consiguiente en realidad obran como diuréticas; pero hay otras sustancias en que esta virtud es mas manifiesta, y de las cuales hemos creido que debíamos decir dos palabras por separado.

Los diuréticos que se han empleado contra la litiásis nunca han sido administrados á dósis muy considerables, y así se ha administrado el *nitrato de potasa*, que por lo comun se manda disolver en el *cocimiento de grama*, á la dósis de 50 á 60 centígramos (10 ó 12 granos).

Solo como diuréticos ejercen algun efecto en el tratamiento de la enfermedad que nos ocupa la *cerveza ligera* (Segalas) y el vino de Champagne dilatado en agua. Seria inútil que entrásemos en mayores detalles acerca de este asunto; porque nada es mas fácil que dirigir semejante medicacion.

Ya se hagan entrar ó no en las bebidas abundantes diuréticos mas ó menos activos, es de temer que el estómago no pueda soportarlas, y que vengan á agravar el estado del enfermo trastornos manifiestos en las digestiones. Para evitar este inconveniente propone Magendie que se den las *bebidas heladas*, y en efecto, generalmente las tolera mucho mejor el estómago en este estado.

Medios diversos.—Los autores han propuesto algunos otros medios aplicables á todas las especies de litiásis, y hé aquí los principales.

El *bálsamo de copaiba* es una sustancia que se aproxima por su accion á los que hasta ahora hemos indicado. Ya algunos autores le habian recomendado cuando el doctor Chrestien (1) ha hecho de él uno de los medicamentos principales que se emplean contra esta enfermedad, uniéndole al *cocimiento de café crudo*. El tratamiento se dirige del modo siguiente:

R. Bálsamo de copaiba.. .....
Harina de trigo............ } aa partes iguales.
Goma arábiga.............

Háganse píldoras de 30 centígramos (6 granos), y se toman seis mañana y tarde.

Inmediatamente, despues de haber tomado las píldoras, se debe beber una taza grande del cocimiento siguiente:

R. Café crudo................ 30 gramos enteros.

Háganse hervir durante media hora en

Agua comun................ 2 litros (4 cuartillos).

En el mismo dia se toma además otra tercera taza de este cocimiento.

No tenemos datos exactos para fijarnos acerca del valor de este tratamiento, que segun el doctor Chrestien, debe continuarse *du-*

(1) Chrestien, *Revue medicale*, Octubre, 1836.

rante muchos años; y por otra parte no dejaria de ser una dificultad no pequeña para el médico la de decidir al enfermo á que se sometiese á semejante medicacion durante tanto tiempo.

El doctor Roques (1) ha elogiado tambien los buenos efectos del *café* contra la litiásis.

Finalmente, el doctor Foy (2) ha citado un caso de curacion de *arenilla úrica* en un gotoso por el uso diario de esta sustancia; sin embargo, se necesitan nuevos hechos para establecer definitivamente su eficacia.

Levrat Perroton (3) ha elogiado los buenos efectos de la *marchantia cónica* (hepática de las fuentes), cuya planta, que ha administrado tambien el doctor Gensoul es, segun Levrat Perroton, un diurético mejor para los casos de litiásis, que los que se acostumbran á prescribir. Este autor le da en *cocimiento concentrado* á la dósis de uno y medio á dos litros (3 á 4 cuartillos) cada dia, y ha recurrido á este medio en la disuria dependiente de la presencia de las arenas y en el cólico nefrítico.

En Italia se usan como litontrípticos las *gotas de Palmieri* (4), cuya fórmula es la siguiente:

R. Flores de azufre........... 30 gram.

Háganse hervir en

Agua de brea................ 500 gram.

Sosténgase la ebullicion hasta que el líquido haya tomado un hermoso color rojo de rubí, decántese y consérvese para uso. Se da á la dósis de trece á veinte gotas como medio curativo, y diez como preservativo.

Necesitamos el auxilio de la experiencia para saber á qué atenernos respecto al valor de este remedio.

Por último, citaremos el uso de la *miel* á la dósis de 400 gramos (13 onzas) por semana, únicamente porque la recomendó Pringle, pues nada prueba que tenga una verdadera eficacia. Algunos médicos, entre otros Civiale, han aconsejado los *sudoríficos*; pero la mayor parte de los autores proscriben estos medicamentos, porque habria contradiccion en excitar las traspiraciones en sugetos cuya orina se quiere hacer mas abundante.

No obstante, se puede admitir que en los casos en que la orina contiene un depósito considerable de ácido úrico, debe producir buen efecto una pérdida mas ó menos considerable por la traspiracion de los ácidos contenidos en la sangre.

Se han prescrito tambien las *aguas sulfurosas* en bebida y en baños, los *baños frios*, los *chorros de vapor*, etc.

(1) Roques, *Bulletin de thérapeutique*.
(2) Foy, *Bulletin général de thérapeutique*, 15 Marzo, 1848.
(3) Levrat-Perreton, *Revue médicale*, Noviembre, 1845.
(4) Véase, *Bulletin général de thérapeutique*, 30 Setiembre, 1849.

Borsieri (1) aconseja á los enfermos que *no se acuesten del lado del riñon afectado*, consejo que daba con la intencion de evitar la formacion de las concreciones, poniendo el órgano en una posicion menos déclive y facilitando el paso de la orina del riñon á la vejiga, lo cual arrastra las concreciones y las impide adquirir un volúmen notable. Es mas que dudoso que se alcance semejante objeto por este medio mecánico, y así debe contarse poco con esta medicacion preventiva.

No hablaremos aquí de la recomendacion que hace Magendie á los enfermos de que *anden mucho y monten á caballo*, porque no llevando con estos ejercicios otro objeto que hacer que se desprendan las arenas antes que sean demasiado gruesas, son solo un medio preventivo del *cólico nefrítico*, y así volveremos á ocuparnos de ellos al tratar de esta última enfermedad.

Régimen.—Parecia natural que habiendo emitido los autores opiniones tan diversas respecto á la influencia del régimen, esto habia de conducirlos á prescribir un género de vida muy diferente, segun el modo de ver de cada uno; pero nada de esto ha sucedido. Todos están conformes en proscribir los alimentos suculentos, las carnes negras y los licores alcohólicos, de modo que ideas sumamente diversas los han llevado á deducir iguales consecuencias. Los que consideran con Magendie al régimen suculento y á las bebidas alcohólicas como la causa principal de la litiásis, naturalmente han recomendado un régimen opuesto, y los que, con Civiale, no conceden influencia al régimen, han hallado un motivo suficiente para adoptar esta práctica en la irritacion, que creen que existe en el riñon. Todos, pues, están unánimes en que á los sugetos que padecen la litiásis se les debe recomendar que se alimenten de carnes blancas, de pescados y de legumbres, que coman poco y que se abstengan de bebidas alcohólicas. Algunos médicos, y en particular Magendie, hasta quieren que se proscriba todo alimento que contenga azoe, y que se sometan los enfermos á un *régimen puramente vegetal*, en cuya utilidad ya habia insistido Lobb (2). Pero lo que hemos dicho en el párrafo destinado á la etiologia debe hacernos mirar esta prescripcion como demasiado rigorosa, porque si bien se puede conceder al régimen cierta influencia en la produccion de las concreciones urinarias, no se debe deducir de aquí que esta influencia dependa de la presencia del azoe en los alimentos, pues esta explicacion, enteramente química, dista mucho de tener el valor de una demostracion.

2.° *Medios que se dirigen particularmente contra la litiásis úrica.* Cuando la análisis química ha hecho conocer perfectamente la composicion de las concreciones urinarias, se ha podido creer que iba á ser fácil dirigir contra cada una de sus especies medios apropiados

(1) Borsieri, *Institutiones med. pract.*, t. IV: *De nephralgia.*
(2) Lobb, *A treatise on dissol. of a Stone*, etc. London, 1739.

que triunfarian de ellas sin dificultad. La arenilla ácida parece que cede siempre al uso de las bebidas alcalinas.

Magendie (1) y Darcet (2) llamaron de un modo especial la atencion de los médicos acerca del tratamiento alcalino de la litiásis úrica, y en seguida refirieron muchos autores hechos y experimentos en favor de esta medicacion; pero el que principalmente ha insistido acerca de la utilidad de esta medicacion ha sido C. Petit (3), que la ha usado con mucha frecuencia en Vichy. Segun este autor, los cálculos de ácido úrico, aun siendo voluminosos, se disuelven en el vivo despues de haberse trasformado en uratos solubles. Tal es el estado de la cuestion en la mayor sencillez, porque debemos prescindir aquí de los experimentos que se han hecho introduciendo cálculos en el agua alcalina, ó sometiéndolos á una corriente de este líquido. En efecto, estos experimentos no han podido inclinar á los prácticos á recurrir á las aguas alcalinas; pero solo sobre los hechos clínicos se puede fundar una opinion sólida, y estos hechos han sido fuertemente criticados por Civiale, y sobre todo por Leroy (d'Etiolles), que ha estudiado con la mayor detencion este punto importante de terapéutica. Este último autor ha demostrado que la mayor parte de los hechos que cita C. Petit carecen de las condiciones necesarias para establecer la conviccion en los ánimos severos; que en muchos de ellos no estaba suficientemente demostrada la existencia del cálculo (4), que nunca se habian medido estos con exactitud, y últimamente, que el alivio que habian experimentado los enfermos se observa todos los dias bajo la influencia de cualquiera otra medicacion, hasta sin hacer uso de ninguna.

Por otra parte Leroy (d'Etiolles) ha citado muchos casos en que los álcalis usados interiormente han sido completamente inútiles, y otros, lo cual es mucho mas grave, en que este tratamiento ha sido perjudicial. En efecto, este autor ha demostrado la presencia del carbonato de cal formando una ó mas capas sobre cálculos compuestos de otras sustancias, y ha probado que estas capas, que Petit consideraba como una prueba de la accion disolvente de las aguas alcalinas, eran debidas, no á la composicion de la parte mas superficial de los cálculos, sino mas bien al depósito de las sales térreas contenidas en la orina y precipitadas por la alcalinizacion de estas; de lo cual deduce que los cálculos habian aumentado de volúmen bajo la influencia del trata-

(1) Magendie, *Recherches sur la gravelle*. Paris, 1828.

(2) Darcet, *Annales de chimie et de physique*. 1826.

(3) Petit, *Du traitement médical des calculs urinaires, etc.* Paris, 1835.—*Nouvelles observations des guérison des calculs urinaires au moyen des eaux thermales de Vichy*. Paris, 1837.—*Du mode d'action des eaux minérales de Vichy, et de leurs applications thérapeutiques, etc.* Paris, 1850, p. 153 y siguiente.

(4) En la discusion han hablado los autores al mismo tiempo de las arenillas, de los cálculos renales y de los vexicales, y se han ocupado especialmente de estos últimos; pero ya se concibe que lo que se dice de una de estas especies de concreciones puede aplicarse fácilmente á las demás.

miento. Bouchardat ha llegado á obtener los mismos resultados, examinando cálculos antes y despues del tratamiento por los alcalinos. Finalmente, se han citado hechos en que ha sido lícito pensar, aun cuando no se haya dado la demostracion directa, que la medicacion alcalina habia sido la causa eficiente y única de la formacion de los cálculos.

Lo que autoriza á creer que la medicacion alcalina tiene cierto grado de utilidad, que aunque inferior á lo que algunos médicos la han atribuido, no por eso es ménos positiva, es que indudablemente bajo la influencia de esta medicacion las orinas se vuelven alcalinas, y se aumenta notablemente la secrecion urinaria. Despues de estas consideraciones necesarias, podemos exponer el tratamiento que se dirige contra las *arenillas úricas*, y ya veremos mas adelante que los medios que le constituyen son casi los mismos que se emplean contra las *arenillas fosfáticas*, cuyo solo hecho, á pesar de las explicaciones que de él se han dado, bastaria á probar que la accion de los alcalinos no es tan segura como se ha querido decir.

Ha habido ciertamente un debate relativo al empleo de los alcalinos en el tratamiento de la arenilla ácida, ha tenido mas de un desprecio voluntario ó involuntario. Sin embargo, es preciso convenir con Liebig que las reacciones no se verifican lo mismo en los laboratorios que en nuestra economía, y por lo tanto nada hay resuelto acerca de la cuestion de que estamos hablando, aun cuando se haya demostrado que un cálculo ácido se disuelve por una corriente de agua alcalina, fuera de un individuo vivo. Ha habido bastante abandono al no hacer una distincion completa entre la presencia actual de arenillas ó cálculos, y la *diátesis*, pues el tratamiento alcalino podrá obrar sobre los primeros, mas no sobre la segunda, segun la expresion de Durand-Fardel (1). Tal es el poder de la diátesis, que R. Leroy (d'Etiolles) (2) ha observado en un gotoso de sesenta y dos años de edad la arenilla úrica alternando con la de fosfato de cal y de magnesia, lo que explica la formacion de los cálculos, á pesar del uso de las aguas, y algunas veces á favor de las mismas. Por último, no es exacto el decir con Valleix que se oponen los mismos medios á las arenillas úricas (ácidas) ó fosfáticas (alcalinas); veremos á su tiempo que las aguas que convienen para esta última difieren de las que se usan para las arenillas ácidas.

Alcalinos.—Un gran número de médicos han administrado los *carbonatos de potasa*, de *sosa*, de *cal y de magnesia*, y los autores de los siglos pasados recomendaban los polvos de *conchas de ostras* y de *cáscaras de huevo*, suspendidos en diversas bebidas, lo que venia á ser lo mismo, pues todos saben que el carbonato de cal constituye la

(1) Durand-Fardel, Le Bret et Lefort, *Dictionnaire générale des eaux minérales, etc.* Paris, t. II, 1860.

(2) R. Leroy (d'Etiolles), *Transformation alternative de la gravelle (Soc. méd. du dép. de lo Seine*, et *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1862, p. 632).

mayor parte de estas cubiertas duras. Ciertos remedios secretos, que han gozado de gran reputacion, como el de la señorita Stephens, tenian por principal agente una sal térrea, y seria inútil averiguar ahora las composiciones de estos remedios, hoy dia tan ventajosamente reemplazados.

Ya Basilio Valentin, químico del siglo XV, habia recomendado los *carbonatos de potasa y de sosa*, y mas tarde se prescribió la *legía de los jaboneros* dilatada en agua. En la actualidad tenemos numerosas fórmulas en que entran estas sustancias, y la que con mas frecuencia se usa es el carbonato, ó mas bien el *bicarbonato de sosa*. Hé aquí una preparacion que recomienda el doctor Robiquet:

R.	Bicarbonato de sosa cristalizado.	8 gramos.
	Agua........................	1000 —

Disuélvase. Se toma uno ó dos litros (de 2 á 4 cuartillos) en las veinticuatro horas.

Si esta bebida no dulcificada causase repugnancia, se podria prescribir la siguiente:

R.	Bicarbonato de potasa cristalizado de 2 á 8 gramos, aumentando progresivamente.	Tintura de vainilla.	1 gram.
		Jarabe simple......	60 gram.
		Agua.............	1000 gram.

Se toma á tazas en las veinticuatro horas. Se recomienda que beban los enfermos de 2 á 4 litros (4 á 8 cuartillos) por dia de esta disolucion.

Se puede hacer gaseosa esta bebida empleando una fórmula análoga á la de la pocion de Riverio.

R.	Bicarbonato de sosa...	100 gram.	verizado..........	60 gram.
	Acido tartárico pul-		Azúcar en polvo.....	200 gram.

Mézclese y consérvese en un frasco tapado. Se echa una cucharada de esta mezcla en un vaso de agua tres ó cuatro veces al dia, y se bebe en el momento de la efervescencia.

Las aguas minerales alcalinas, como las de Vichy, Bussang, Carlsbad, etc., gozan de mayor ó menor reputacion para el tratamiento de las concreciones urinarias.

Vals, el Boulou, Vic-sur-cere, Vic-le-Comte, Ems (1), convendrian igualmente; Contrexéville, Pougnes, Saint-Alban, Sail, aguas menos mineralizadas, bastarán en ciertos casos; ya se sabe que las aguas de Vichy son un tipo de bicarbonato-sódicas: adonde principalmente se manda á los calculosos es á los manantiales de la Grande-Grille, y de los celestinos (Durand-Fardel). Durante el tratamiento se arrojan arenillas, algunas veces con cólico nefrítico, haciéndose

(1) Durand-Fardel, Le Bret, Lefort, *Dictionnaire des eaux minérales et d'hydrologie medicinales*. Paris, 1860.

la orina neutra ó alcalina; lo último es lo que nos proponemos obtener.

Roberts es partidario de la medicacion alcalina en los casos de cálculos de ácido úrico (los que se encuentran en el riñon en estado de pureza de seis casos, cinco); sus experiencias le conducen á rechazar estos medicamentos para curar las arenillas de oxalato de cal. El tratamiento no se puede aplicar cuando la orina es primitivamente alcalina, y debe suspenderse si durante el uso de las aguas se hace la orina amoniacal, en cuyo caso se precipitan los fosfatos térreos, rodeando la concrecion úrica, y haciéndola inatacable por los alcalinos.

Cuando los enfermos no pueden soportar la cantidad considerable de bebidas que exige este tratamiento, se aconseja dar en estado sólido las sustancias alcalinas que dejamos indicadas. Así se puede prescribir:

R. Bicarbonato de sosa. 2 gramos. | Azúcar en polvo....... 6 gramos.

Mézclese. Se toma tres ó cuatro veces al dia esta dósis envuelta en hostias.

Segun lo expuesto anteriormente, no se debe esperar tan buenos resultados del medicamento administrado de este modo, como de las bebidas alcalinas abundantes, por la misma razon de que estas últimas introducen en la economía una gran cantidad de líquido. Sin embargo, es preciso no considerar á este medio como enteramente ineficaz, pues como dice el doctor Marcet, los alcalinos tienen, además de su accion química, otra que puede ser muy útil en la litiásis, la de excitar la secrecion urinaria, y así se puede aplicar á estas sustancias lo que hemos dicho acerca de los *diuréticos* en general.

Se han empleado otros medicamentos que tienen por base los álcalis, como el *tartrato de potasa* y el *borato de sosa*, y Hulme (1) empleaba un tratamiento, cuya base era el tartrato de potasa, y que es el siguiente:

Se administra cuatro veces al dia, y á intervalos iguales, la solucion siguiente:

R. Tartrato de potasa.. 75 centígr. | Agua comun..... 120 gramos.

Disuélvase. Se toma de una vez.

Inmediatamente despues se hace tomar al enfermo

Agua comun..... 150 gramos. | Acido sulfúrico debilitado. 20 gotas.

Se deberá continuar este tratamiento por espacio de tres semanas, suspendiéndole por algunos dias, y sustituyéndole por emulsiones si sobreviniese una irritacion de la vejiga. Se debe mantener

(1) Hulme, *A safe and easy remedy proper for the relief of the Stone*, etc. London, 1778.

el vientre libre, y no permitir mas bebida que agua mezclada con un poco de vino blanco.

Hulme ha citado como demostracion de la eficacia de este tratamiento un hecho que es poco concluyente, como ya lo habia hecho notar Borsieri. En efecto, recaia en un sugeto que habiendo muerto despues de algun tiempo de hallarse aliviado de los dolores que le causa una afeccion calculosa, tenia todavía en la vejiga un gran número de cálculos que no habian experimentado el menor principio de disolucion, ó á lo menos nada probaba que estò hubiese sucedido. Los doctores Wheler, Gmelin y Chelius han recomendado igualmente el tartrato de potasa, ácido ó neutro.

No entraremos en detalles respecto al *borato de sosa*, en razon á que nada prueba que tenga su accion algo de especial.

Tambien se han administrado los álcalis en *baños*, y así se prescriben los *baños de aguas termales*, tomados en el manantial, tales como los de Vichy ó Carlsbad, naturales ó artificiales, ó simplemente esta solucion de carbonato de sosa:

R. Carbonato de sosa. 200 gramos. | Agua.......... C. S. para un baño.
Disuélvase.

Acido benzóico.—No debemos concluir lo que hace relacion al tratamiento de la litiasis úrica, sin haber dado á conocer un medio que indica el doctor Ure y cita el doctor Lheritier (1), que consiste en la administracion del *ácido benzóico* ó de un *benzoato soluble*. Hé aquí lo que dice el doctor Lheritier acerca de este punto.

«La orina de los sugetos á quienes se hace tomar el ácido benzóico ó un benzoato soluble, tratada por una duodécima parte de ácido clorhídrico, da un precipitado abundante de hermosos cristales de color rojo oscuro, que examinados al microscopio presentan la figura de un prisma de cuatro lados terminado por un vértice diedro. Estos caractéres pertenecen precisamente al ácido que contiene la orina del caballo y de los demás animales granívoros, ácido que por esto ha sido llamado por Liebig ácido hipúrico.

»El punto interesante de este resultado para la práctica médica es que las sales que este nuevo ácido forma con las bases ordinarias de los fluidos orgánicos, como la sosa, la potasa y el amoníaco, son todas sumamente solubles. El hipurato de sosa se disuelve en dos partes de agua á 60° F., mientras que el urato de sosa es casi tan insoluble como el mismo ácido úrico, y se necesitan nada menos que 4.000 partes de agua para disolver una de esta sal. El hipurato de amoníaco es un poco menos soluble que el de sosa, y finalmente el hipurato

(1) *Journ. des découv.*, t. I, 4.ª entrega.

de cal, que es la menos soluble de estas sales, todavía lo es, sin embargo, en 18 partes de agua...

»Se debe administrar el *ácido benzóico con el fosfato de sosa*, que tiene la ventaja de facilitar la solucion del ácido citado. Así, pues, se prescribe la mixtura siguiente:

R.	Acido benzóico.....	1 gramo.	Agua destilada...	125 gramos.
	Fosfato de sosa....	8 —	Jarabe simple....	30 —

Se toma en cuatro veces en las veinticuatro horas.

Hojas de fresno.—Mallez (1) comunicó á la Sociedad de medicina práctica tres casos en que obtuvo un feliz éxito en el tratamiento de las arenillas úricas por las hojas de fresno, á la dósis de 15 á 20 gramos de hojas por dia. Gaucher (2) ha pretendido que las hojas empleadas por Mallez no procedian del fresno comun (*Fraxinus excelsior*), y sí del *Fraxinus folio rotundiore*, que da el *manne*, medicamento muy usado en Inglaterra, segun Sydenham en el tratamiento de la arenilla úrica.

3.° *Medios que se dirigen contra la litiásis fosfática*.—Lo que prueba cuán dudosas son las razones que se han hecho valer en favor del tratamiento de la *litiásis úrica* por los álcalis, es que se ha aplicado los mismos medios contra la fosfática, sin embargo de que en los casos de este género no se puede invocar el auxilio de la accion química. Así, pues, se ha tratado de dar otra explicacion, y el doctor Darcet, preveyendo las objeciones que se podrian dirigir al uso de los álcalis en la litiásis fosfática, ha dicho que en estos casos se obtenia, no una solucion, sino una disgregacion de los cálculos. Pero esta disgregacion no se halla probada de ningun modo por los hechos, sino que habiendo tenido una extremada confianza en los experimentos hechos con las aguas de Vichy sobre cálculos fuera del cuerpo humano, se ha deducido como consecuencia que se efectuaba en realidad una disgregacion de las concreciones, cuando hubiera debido preguntarse si esta disgregacion depende efectivamente de la composicion química de las bebidas, ó tan solo de su mayor abundancia, y de su accion sobre la secrecion urinaria.

Las *bebidas alcalinas* y los *baños* de la misma naturaleza deben administrarse como en el tratamiento de la especie anterior, pero con mayor reserva todavía, puesto que su accion química es aun mas cuestionable.

Emplear una misma sustancia para disolver concreciones de na-

(1) Mallez, *Emploi de la feuille de frêne contre la gravelle* (*Gazette des hôpitaux*, 1861, p. 11, et *Soc. de méd. pratiq.*, 8 Noviembre, 1860.

(2) Gaucher, *Emploi, etc.* (*Société de médecine pratique*, 6, Diciembre, 1860, et *Gazette des hôpitaux*, 1861, p. 76).

turaleza química diferente, apoyándose en idénticas razones químicas, seria, segun opina Valleix, una paradoja terapéutica, si en efecto esta fuera la conducta de los prácticos, que desde luego no lo es.

Tratando el cálculo fosfático, lo que procura combatirse por lo general es el catarro de la vejiga, de que raras veces está aislado (Durand-Fardel), de remediar las digestiones perezosas, y la debilidad nerviosa, que ordinariamente son las causas de la presencia de estas arenillas (Golding-Dird). A seguida, se emplearán las aguas, debiendo preferirse á las alcalinas bicarbonatadas sódicas, las sulfatadas cálcicas, manantial de *Vichy-Contrexéville*. Segun *Durand-Fardel*, producen mejores resultados que las de Vichy las *sulfurosas degeneradas*, como las de *Preste*, *Molitg*, *Schlangenbad*, *Evian*.

Legrand de Saulle, médico de las aguas de Contrexéville (1), y que en muchas circunstancias recomendó su eficacia, les ha atribuido la expulsion de un voluminoso cálculo de fosfato amoniaco magnésico en un caso bien diagnosticado. Patézon, médico inspector de las aguas de Vittel (2), preconiza las referidas aguas que son sulfatadas cálcicas, ferruginosas y magnesianas. Como las de Contrexéville, estas aguas, segun Patézon, disgregan los cálculos renales disolviendo la materia protésica que le sirve de núcleo; las arenillas aparecen entonces en la orina y el cálculo se engasta en la uretra, en donde provoca frecuentemente el cólico nefrítico.

Acidos.—Los medicamentos que se han dirigido particularmente contra la litiásis fosfática son los *ácidos*.

Ya Mascagni (3) habia elogiado el uso del *ácido carbónico* contra las arenillas, medicamento que otros muchos han recomendado, entre los que debemos citar á Priestley, Percival, y especialmente á Thenard (4), que ha insistido mucho acerca de la utilidad de este ácido.

Las *aguas gaseosas* tienen la propiedad de activar considerablemente la secrecion urinaria, y bajo esta forma es como se administra el ácido carbónico. ¿Habrá algo mas en la accion de este medicamento que un efecto diurético? Todavía no se sabe; pero aun cuando el uso del ácido carbónico no tenga mas ventajas que las bebidas alcalinas, á lo menos no se le puede achacar ningun inconveniente, y por lo tanto, todos los prácticos le han usado sin dificultad.

Así se administran á una dosis considerable las *aguas de Seltz*, *de Contrexeville*, el *agua gaseosa artificial*, etc., y se debe continuar

(1) Legrand du Saulle, *Cystite chronique intense; prostatite légère; gravelle non soupconnée et expulsion d'un très-volumineux gravier sous l'influence de l'eau minérale de Contrexéville* (*Gazette des hôpitaux*, 1859, p. 254).

(2) J. Patézon, *Effet des eaux minérales de Vittel* (Vosges) (*Gazette hebdomadaire*, 1863. p. 380).

(3) Véase *Hufeland's Jour.*, t. IX.

(4) Thenard, *Annales de chimie*, t. XXXIX.

por mucho tiempo su administracion, porque su efecto es necesariamente lento.

Se ha propuesto el *ácido hidroclórico*, y Ferro (1) y Copland recomiendan que se le administre á la dósis de *treinta gotas* tres veces al dia en cantidad suficiente de agua. Hartmann (2) elogiaba el *ácido sulfúrico*, y el doctor Carendeffez quiere que se usen los *ácidos oxálico* y *fosfórico*, pero difícilmente se concibe que estos últimos puedan tener buenos efectos, y en cuanto á los otros, á la experiencia toca ilustrarnos acerca de sus resultados. Sin embargo, debemos decir que es necesario ser muy reservado en el uso de los ácidos, que pueden cansar al estómago y ocasionar alteraciones notables en las vias digestivas.

Por último, Magendie, fundándose en la facilidad con que el *ácido láctico* disuelve el fosfato de cal, ha propuesto emplearle en el tratamiento de las *arenillas blancas*; pero á la observacion toca tambien el decirnos lo que debemos pensar acerca de la eficacia de este medio.

4.° *Medios que se dirigen contra las arenillas oxálica y de óxido cístico.*—Según Magendie, no hay mas medios contra las arenillas oxálicas que renunciar al uso de los alimentos que contengan ácido oxálico, y sobre todo de la acedera. Pero Darcet cree que aun en esta especie pueden obrar las bebidas alcalinas efectuando la disgregacion.

N. Gallois (3), considerando que el ácido oxálico no es mas que un grado de oxidacion mas avanzado del ácido úrico, y que la *oxaluria* se enlaza con enfermedades caracterizadas por una debilidad nerviosa, propone los alcalinos, que son los medicamentos que en su concepto dan mejores resultados.

En las experiencias hechas directamente con soluciones de carbonato de potasa sobre cálculos duros, Roberts (4) ha demostrado la insolubilidad de estos cálculos en las soluciones alcalinas. Los ácidos minerales enérgicos les atacan, pero es un medicamento difícil de introducir por la boca y al cual es preciso renunciar cuando se trata de concreciones del riñon.

En cuanto á las arenillas de *óxido cístico (arenilla trasparente*, Magendie) es preciso, segun este autor, someter á los enfermos á un *régimen vegetal*, y prescribirles el *bicarbonato de sosa* á la dósis de 2 á 4 gramos (media á una dracma) progresivamente.

La gran solubilidad de la cistina por los álcalis legitima perfectamente su uso cuando las tales concreciones son reconocidas.

Resúmen.—1.° *Medios que se dirigen indistintamente contra toda especie de cálculos renales ó de arenillas.* Emisiones sanguíneas, bebidas abundantes, agua pura, zumo de los retoños de álamo

(1) Ferro, *Mem of the med. Soc. of London.*
(2) Hartmann, *Progr. de acid. vitrioli virt.*, etc. Erfurth, 1778.
(3) N. Gallois, *Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences*, 4 Abril 1859.
(4) Roberts, *loc. cit.*, p. 254.

blanco, trementina, gayuba, baños tibios, aplicaciones emolientes, diuréticos y otros diversos medios, como el bálsamo de copaiba, el café crudo, los sudoríficos, la miel, las gotas de Palmieri, la marchantia cónica, las aguas sulfurosas, el decúbito y el régimen.

2.° *Medios que se dirigen contra la litiásis úrica.* Alcalinos, carbonato de potasa, de sosa y de cal, aguas minerales alcalinas, tartrato de potasa, baños alcalinos, ácido benzóico y hojas de fresno.

3.° *Medios que se dirigen contra la litiásis fosfática.* Alcalinos y ácidos carbónico, hidroclórico, sulfúrico y láctico.

4.° *Medios que se dirigen contra las arenillas oxálica y de ácido cístico.* Abandonar el uso de la acedera; alcalinos y régimen vegetal.

ARTÍCULO V.

CÓLICO NEFRÍTICO.

Conozco muy bien que lo mismo que el *cólico hepático*, forma parte de cierto número de estados morbosos, de los cuales no es mas que la expresion sintomática en circunstancias dadas.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se da el nombre de cólico nefrítico á unas accesiones de dolores violentos, por lo comun intolerables, que resultan de la irritacion producida por diversos cuerpos extraños en la parte superior de las vias urinarias. Otros varios síntomas importantes se observan en este estado morboso, pero sin embargo, nos parece suficiente esta definicion, puesto que no se la puede aplicar á ninguna otra enfermedad.

Como ya hemos dicho antes de ahora, esta afeccion, ó mas bien este accidente de diversas afecciones, ha sido descrito con los nombres de *nefritis*, *pielitis calculosa*, *nefralgia* (Borsieri), y *ataques de litiásis*. Muchos autores de los últimos siglos admitian dos especies de nefritis, la *falsa* y la *verdadera*, y el cólico nefrítico constituia la primera. El nombre de *cólico nefrítico* que aquí adoptamos es tan impropio como el de *cólico hepático* con que hemos descrito accidentes semejantes, dependientes de la introduccion de los cálculos biliarios en los conductos cístico ó colédoco; pero es un nombre admitido que todos conocen, que se aplica á un estado morboso bien determinado, y que por consiguiente el cambiarle no reportaria ninguna utilidad.

Por fortuna la *frecuencia* del cólico nefrítico es mas rara, y con mucho, que la de las *arenillas* y de los *cálculos renales*, pues ya hemos dicho que cuando solo hay arenillas en la orina, cuando las arenas son muy pequeñas, y hasta en ciertos casos de cálculos renales, podia faltar el dolor en todo el curso de la enfermedad.

§ II.—Causa.

Causas predisponentes.—Poco tendremos que extendernos acerca de la etiología del cólico nefrítico despues de cuanto dejamos dicho antes de ahora. Ya sabemos que se deben colocar entre las *causas predisponentes* la *afeccion calculosa de los riñones* (arenillas, cálculos renales), la *hematuria* en la cual pueden los coágulos obstruir el uréter, los *gusanos renales* (acefalocistes, estróngilo jigante), y en una palabra, todas las afecciones en las cuales puede hallarse el riñon sumamente irritado, el uréter distendido y dislacerada su superficie interna.

Las *causas ocasionales* son ciertas circunstancias particulares que hacen que los cuerpos extraños de que acabamos de hablar lleguen á ser irritantes, como por ejemplo, el *desprendimiento de un cálculo*, ya sea causado por un *movimiento brusco*, un *esfuerzo*, el *vaiven de un carruaje*, ó ya se haya efectuado expontáneamente. Cuando el cálculo está cubierto de asperezas, sigue casi infaliblemente á su desprendimiento el cólico nefrítico, en razon á que estas asperezas rasgan la mucosa. Luego sigue la introduccion de estos mismos cuerpos extraños en el uréter, y entre ellos ningunos producen con tanta facilidad los ataques de cólico nefrítico como las arenas que son demasiado gruesas para atravesar fácilmente el uréter, ó que presentan una ó mas asperezas.

Asiento de la enfermedad.—Esto nos conduce á decir algunas palabras del asiento de la enfermedad. Resulta de los detalles anteriores que el punto de partida de los grandes dolores que caracterizan el cólico nefrítico puede ser el riñon mismo; pero por lo comun donde este dolor toma orígen, es en la abertura superior del uréter, y cuando depende de un cálculo que camina á lo largo de este conducto, el punto de procedencia del dolor cambia del sitio con el cuerpo extraño, y á veces recorre toda la extension del uréter. Es muy raro que se presenten estos dolores en los dos lados á la vez.

§ III.—Síntomas.

La *invasion* de la enfermedad es á veces repentina y está caracterizada por un *dolor* sumamente intenso que se propaga á mayor ó menor distancia hácia la vejiga y á veces se irradia en otros sentidos. Pero lo mas comun es que aparezca un dolor sordo, obtuso y gravativo, con una sensacion de *malestar general* que dure dos ó tres dias antes de la aparicion de los verdaderos dolores nefríticos, y sin que haya todavía escalofrios ni fiebre, ni se halle gravemente alterado el estado general.

El *dolor* hace en seguida progresos ordinariamente rápidos, y á veces llega en muy poco tiempo á su máximum de intensidad, sien-

do entonces muy violento, agudo y pungitivo. «Se observan, dice el profesor Chomel (1), latidos y punzadas en la region que ocupa uno de los riñones ó en la de los dos, es decir, hácia la última vértebra dorsal y las primeras lumbares, por dentro de las dos últimas costillas y á algunos traveses de dedo de la espina vertebral. Desde esta region el *dolor se extiende* siguiendo el trayecto de la pélvis y del uréter hasta la vejiga, la íngle y el muslo correspondiente, que está como entorpecido, y algunas veces rígido y tembloroso, y en el hombre se extiende el dolor al testículo, que se retrae tambien de un modo doloroso hácia el anillo.»

Para que quede completamente descrito este dolor, que constituye el cólico nefrítico, es necesario añadir algunos detalles importantes. Los *latidos* que se presentan en la region del riñon se observan cuando el órgano está inflamado y cuando el obstáculo producido por la presencia del cálculo en el uréter ha ocasionado la retencion del pus y de la orina en la pélvis renal. Los dolores violentos, *dislacerantes*, resultan de las lesiones que los cuerpos extraños ocasionan en las cavidades renales ó en el uréter. Este último dolor, que es el que con especialidad constituye el cólico nefrítico, es á veces tan intenso, que los enfermos sufren las mayores angustias, dan gemidos, adoptan posiciones raras y comprimen el vientre con las manos. Con frecuencia saltan de la cama para ponerse á andar por la habitacion, se acuestan de diversas maneras, y hasta algunas veces se echan en el suelo y hacen contorsiones de toda especie. Todos estos actos son una prueba de la violencia suma del dolor.

Este dolor no es contínuo, á lo menos con toda su intensidad, sino que se calma por momentos para exacerbarse despues de un intervalo, por lo comun bastante corto. Esta especie de intermitencia del dolor se explica perfectamente, á lo menos en algunos casos, por el desprendimiento del cuerpo extraño, sobre todo cuando atraviesa el uréter, distendiendo y dislacerando el conducto.

Si se ejerce una *presion* sobre la region lumbar y la pared anterior del abdómen correspondiente al riñon, se determina en el mayor número de casos un dolor bastante intenso, á causa de hallarse el riñon distendido y por lo comun inflamado, y la sensacion se repite tambien á lo largo del uréter cuando el cuerpo extraño ha bajado á este conducto.

La *orina* es por lo comun escasa, encendida y expesa, sale gota á gota, y los enfermos experimentan una sensacion de ardor en el trayecto de la uretra. Con frecuencia se observa un verdadero *tenesmo vesical*, que consiste en esfuerzos multiplicados, dolorosos é impotentes para orinar. Cuando la afeccion reside en un lado solo, y esto es lo mas comun, solo puede explicarse este estado de la orina por un padecimiento simpático del riñon del lado opuesto, ó por el

(1) Chomel, *Recherches sur la nephrite*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, Enero, 1837).

movimiento febril que se presenta cuando el riñon está muy inflamado. En el caso contrario la orina está clara, acuosa y á veces mas abundante que de ordinario, lo cual depende de que el riñon sano suple entonces al enfermo por el aumento de su secrecion.

No es raro, como ya repetidas veces hemos tenido ocasion de decirlo (véase el artículo *Hematuria*), hallar cierta cantidad de *sangre* en la orina. La presencia en este líquido del *moco-pus* y sobre todo del *pus*, está mucho mas íntimamente ligada á la pielitis que al mismo cólico nefrítico.

En las vias digestivas hallamos los síntomas siguientes: cuando el dolor es considerable, el *apetito* está completamente abolido y la *sed* es mas ó menos intensa. Á veces aparece un *hipo* rebelde, *náuseas*, *eructos*, *vómitos*, primero de los alimentos últimamente ingeridos, luego de moco y en seguida de bílis: este estado va acompañado con frecuencia de un *extreñimiento pertinaz*.

No tarda en alterarse la *cara*, que expresa un padecimiento vivísimo, y comunmente el terror; está pálida, amarillenta, las facciones afiladas, en una palabra, la fisonomía es la misma que en el cólico hepático, y en todas las afecciones caracterizadas por un dolor excesivo.

La *piel* se cubre de un sudor frio en el momento de las exacerbaciones, y las extremidades suelen estar heladas sin que sea posible hacerlas entrar en calor. Entonces experimenta el enfermo un temblor manifiesto, á veces hasta *convulsiones*, y algunos han tenido un verdadero *delirio*, que habiendo desaparecido luego que ha cesado la mayor intensidad del dolor, se hallaba evidentemente bajo la influencia de este síntoma. No es raro observar en estos momentos, ó verdaderas lipotimias, ó una simple sensacion de desfallecimiento, accidentes que aparecen por lo comun en el momento de los vómitos ó cuando acaban de presentarse estos.

El *pulso está pequeño* y *deprimido* cuando el dolor tiene una intensidad regular; pero cuando llega á hacerse atroz, apenas se perciben los latidos de la arteria, y el pulso es filiforme y miserable, reanimándose por lo comun despues de los vómitos.

Tales son los síntomas que pertenecen al cólico nefrítico; pero ahora conviene recordar en pocas palabras los que constituyen los accesos en su mas alto grado de intensidad, y son: 1.° un dolor atroz, dislacerante, irregularmente intermitente, que baja por lo comun á lo largo del uréter, produciendo el tenesmo vesical; 2.° la retraccion dolorosa del testículo y el entorpecimiento del muslo; 3.° la excrecion frecuente de una corta cantidad de orina cargada de color; y 4.° los vómitos, la alteracion de la cara, el enfriamiento, el estado nervioso (temblor, delirio, convulsiones) y la depresion del pulso. Este estado es sin duda alguna uno de los mas imponentes que se pueden observar, y coloca los accidentes del cólico nefrítico en la categoría de los mas temibles.

Estos accidentes tan graves terminan por lo comun de un modo brusco por la expulsion del cuerpo extraño que los habia causado. Por lo comun se conoce que el ataque ha cesado completamente, aun antes de haber podido asegurarse de que ha salido algun cálculo con la orina, por una sensacion de bienestar suma que experimenta el enfermo, y por la excrecion de una cantidad considerable de orina turbia y á veces cargada de bastante cantidad de pus. Pero por lo comun, el enfermo, que está con mucho cuidado, se apercibe al instante de la expulsion del cuerpo extraño, y entonces ya apenas puede quedar duda de la terminacion del acceso, aun cuando ha habido casos en que sucediéndose unas arenas á otras se ha prolongado el ataque á pesar de esta expulsion.

Pasado el acceso queda solo una sensacion bien manifiesta de abatimiento y de debilidad que se disipa pronto, y en veinticuatro ó cuarenta y ocho horas pueden volver los enfermos á entregarse á sus ocupaciones ordinarias.

Es muy raro que ocurra la muerte en el curso mismo de un ataque de cólico nefrítico; pero cuando ha de tener esta terminacion funesta, presentan los enfermos antes de sucumbir un estado nervioso sumamente grave (convulsiones, delirio, etc.)

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* de la enfermedad es muy rápido, y el dolor que particularmente la caracteriza tiene, como ya dejamos dicho, una intermitencia manifiesta. En cuanto á la *duracion*, casi siempre es muy corta, y solo de algunas horas; en los casos de mayor duracion, muy rara vez ha pasado de veinticuatro, treinta y seis ó cuarenta y ocho horas.

El cólico nefrítico *termina* casi constantemente por la vuelta á un estado al parecer de salud completa; pero como siempre queda la causa que ha producido el cuerpo extraño, no es raro que despues de uno ó mas ataques sobrevengan la inflamacion crónica y la desorganizacion del riñon. Cada uno de los riñones puede ser á su vez afectado (Leroy, d'Étiolles, hijo).

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* del cólico nefrítico ofrece algunas veces dificultades, pero solo en casos raros en que el dolor no es violento, y aun en estas circunstancias tenemos como guia la excrecion anterior de arenas y los dolores renales, que son su consecuencia.

¿Podria confundirse una simple *nefritis* con el cólico nefrítico? No hay duda de que en la primera enfermedad existe un dolor que puede extenderse del riñon al testículo y al muslo del mismo lado, pasando por el uréter y la vejiga; pero este dolor siempre es menos

intenso, no ha tenido la invasion brusca que corresponde al dolor violento del cólico nefrítico, ni tampoco presenta esas exacerbaciones que acabamos de describir; además no ha precedido la excrecion de cierta cantidad de arenillas con la orina, y por último, va acompañada de una fiebre que no se presenta en el cólico nefrítico.

Iguales consideraciones son aplicables al diagnóstico diferencial del cólico nefrítico y de la *pielitis*, prescindiendo de que en esta última se observa la presencia de la sangre y de las arenillas en la orina, y además el exámen de esta excrecion hará reconocer los restos epiteliales, el moco-pus y pus en la orina de la pielitis. Si nos remontamos á las causas, se podrá llegar á encontrar las dos afecciones, existiendo simultáneamente, y el cólico interviniendo en el curso de la inflamacion de la pélvis y de los cálices del riñon, lo que en efecto tiene lugar. En igual caso los caractéres que dejamos indicados, bastarán para reconocer lo que á cada una pertenece.

¿Seria mas fácil confundir la afeccion que nos ocupa con un *lumbago*? A lo menos serian sumamente raros los casos en que esto fuera posible, porque el dolor del lumbago es siempre menos intenso que el del cólico nefrítico, se exacerba violentamente por los movimientos que exige la contraccion de los músculos lumbares, movimientos que no aumentan de un modo sensible los dolores nefríticos, y por último, se observan en los dos lados, al paso que los últimos casi nunca residen mas que en un lado solo de las vias urinarias.

Las *neuralgias lumbo-abdominales* están caracterizadas á veces por dolores que desde la parte inferior de la columna vertebral se dirigen hácia el hipogástrio y aun hácia el testículo ó el labio mayor de la vulva. Este dolor se distingue del nefrítico por la falta de secrecion anterior de arenillas, por hallarse enteramente libre la secrecion urinaria, y por los puntos dolorosos que caracterizan la neuralgia lumbo-abdominal que se exacerban principalmente por la presion. Estos puntos dolorosos tienen su asiento, segun lo hemos demostrado en otra obra (1): 1.°, á los lados de la columna vertebral; 2.° un poco por encima y hácia la parte media de la cresta ilíaca; 3.°, hácia el hipogástrio un poco por encima del púbis y la parte externa de la línea blanca; 4.°, por último, en el testículo ó en el labio mayor de la vulva. Para completar este diagnóstico debemos añadir que el pulso no adquiere ningun carácter particular, al paso que en el cólico nefrítico se halla deprimido, pequeño y miserable.

No hablaremos aquí del diagnóstico del cólico nefrítico y de la *nefralgia*, porque es necesario que nos expliquemos antes acerca de esta última afeccion.

Tambien podrian confundirse con el cólico nefrítico la *enteralgia*, y los *cólicos nerviosos* que algunas veces ocasionan dolores muy intensos, pero por una parte el asiento de la enfermedad no es el mis-

(1) Valleix, *Traité des névralgies ou affections douloureuses des nerfs*. Paris, año 1841, p. 481.

mo, y por otra la falta de alteracion en las funciones secretorias y excretorias de la orina desvanece todas las dificultades.

Cuando el cólico nefrítico resulta de la existencia de un cálculo en el lado derecho de las vias urinarias, pudiera confundírsele con el *cólico hepático*, con tanto mas motivo, cuanto que siendo una misma la causa de los accidentes nefríticos y hepáticos, es decir, la presencia de un cuerpo extraño en conductos demasiado estrechos para darle paso, los síntomas principales son casi enteramente idénticos. Pero en el cólico hepático no se observa el estado de la orina escasa, y que sale gota á gota y con una sensacion de ardor, como sucede en el cólico nefrítico; además, la retraccion dolorosa del testículo y el entorpecimiento del muslo son fenómenos propios de esta última afeccion. Por otra parte, el cólico hepático presenta como carácter distintivo la ictericia que se observa casi constantemente.

Tales son las enfermedades que interesaba indicar en este diagnóstico, porque en cuanto á la *cistitis aguda*, á la *psoitis* y algunas otras afecciones que se han distinguido en el cólico nefrítico, creo que ni por su curso ni por sus síntomas hay entre ellas bastante semejanza para que sea necesario hacer semejante diagnóstico.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

Solo incluiremos en este cuadro los caractéres principales, en atencion á que, volvemos á repetirlo, los casos que pueden ofrecer dificultades son sumamente raros.

1.° *Signos distintivos de la nefritis y del cólico nefrítico.*

CÓLICO NEFRÍTICO.	NEFRITIS.
Dolores *excesivos*, á lo menos en las exacerbaciones violentas.	Dolores mucho *menos intensos y mas continuos*.
Excreciones anteriores con la orina de *arenillas ó arenas*.	*No hay excrecion de arenillas ni arenas.*
Pulso *débil*, pequeño y miserable en las exacerbaciones.	Pulso *febril*.

2.° *Signos distintivos del lumbago y del cólico nefrítico.*

CÓLICO NEFRÍTICO.	LUMBAGO.
Dolores *excesivos*, á lo menos en las exacerbaciones violentas.	Dolores *mucho menos intensos*.
Que no se exacerban por la contraccion de los músculos lumbares.	*Que se exacerban mucho* por la contraccion de los músculos lumbares.
Que casi nunca se presentan mas que en un solo lado.	*Que ocupan los dos lados.*

3.° *Signos distintivos de la neuralgia lumboabdominal y del cólico nefrítico.*

CÓLICO NEFRÍTICO.	NEURALGIA LUMBOABDOMINAL.
Dolores *excesivos*, á lo menos en las exacerbaciones violentas.	Dolores generalmente *menos intensos*.
Escrecion anterior de arenas.	*No ha habido escrecion anterior de arenas.*
No hay punto doloroso determinado.	*Hay cuatro puntos dolorosos* principales (vertebral, ilíaco, hipogástrico y escrotal).
Pulso *débil*, pequeño y miserable en las exacerbaciones.	Pulso por lo comun *normal*.

4.° *Signos distintivos del cólico nefrítico y del cólico hepático.*

CÓLICO NEFRÍTICO.	CÓLICO HEPÁTICO.
Dolores que se irradian *hácia la vejiga y el testículo.*	Dolores que se irradian *hácia el pecho y el hombro.*
Alteracion de la secrecion y excrecion urinarias.	*No hay alteracion* de la secrecion urinaria, si se exceptúa la presencia en este líquido de la materia colorante de la bílis.
No hay ictericia.	Por lo comun *ictericia.*

Pronóstico.—Como ya hemos dicho antes de ahora, el pronóstico del cólico nefrítico no es grave en la mayoría inmensa de casos, si solo se considera el acceso en sí mismo; pero como los accidentes que le constituyen indican una tendencia por lo comun irresistible á la formacion de los cálculos en los riñones, se debe considerar á las personas que han padecido uno ó mas ataques como en un estado grave que exige un tratamiento activo y continuado.

§ VI.—Tratamiento.

Es raro que se usen las *emisiones sanguíneas* en el tratamiento del cólico nefrítico; pero sin embargo, si á los dolores que caracterizan este acompañasen signos de flegmasía del riñon, no se debería dudar, expecialmente si era en un sugeto robusto y pletórico, el hacer una *sangría* ó aplicar *sanguijuelas* ó *ventosas escarificadas* á la region lumbar y al vacío del lado enfermo.

En tales casos se usan tambien los *baños* de larga duracion y las *aplicaciones emolientes*, medios que tambien se emplean cuando solo existe el dolor propio del cólico nefrítico.

Se recomiendan tambien contra esta enfermedad las *bebidas abundantes*, los *líquidos alcalinos*, y en una palabra, los principales medios que hemos indicado en el artículo anterior para el tratamiento de las concreciones urinarias; pero en la afeccion que nos ocupa, se dan con el único objeto de aumentar la secrecion de la orina, y de producir la expulsion del cuerpo extraño. Con este mismo objeto se

han prescrito tambien las *aguas gaseosas*, como las de Seltz, de Contrexeville, etc.; pero no insistiremos en esta parte del tratamiento porque bastan los detalles que ya hemos dado acerca de este punto; solo diremos que no se debe abusar de estos medios, porque si hubiese un obstáculo completo al curso de la orina, podria ocasionarse una acumulacion rápida de este líquido en el riñon, dando orígen con esto á la distension de este órgano y á los accidentes que de ella se derivan. (R. Leroy d'Étiolles) aconseja la tisana de lino laudanizada y fria

Narcóticos.—Los narcóticos son, entre todos los medicamentos, aquellos á que hay precision de recurrir mas en la afeccion que nos ocupa, porque en efecto, la indicacion principal es calmar los dolores excesivos, mientras se consigue por los demás medios la expulsion del cuerpo extraño. «Cuando los dolores son muy intensos, dice el profesor Chomel, no se debe dudar en hacer tomar al enfermo de hora en hora ó de media en media hora, medio grano de *opio* bajo la forma líquida ó sólida. En general se debe preferir el opio líquido, porque su accion es mas pronta; pero si su sabor nauseabundo aumentase los vómitos, se le debe administrar en píldoras ó tambien en *lavativas*. La disminucion de los dolores ó un principio de narcotismo indican cuándo se debe disminuir, hacer menos frecuente ó suspender el uso del opio.»

Se ha administrado igualmente el *estramonio* contra los accidentes del cólico nefrítico. El doctor Zaar le asocia al *aceite de ricino* con objeto de calmar los dolores y producir al mismo tiempo una derivacion intestinal. Se ha hecho igualmente uso del *beleño* y de *otros narcóticos*. El doctor Dubla recomienda las fricciones siguientes:

R. Manteca.............. 15 gram. | Extracto de belladona...... 5 gram.

Se dan fricciones á los lomos y al abdómen tres ó cuatro veces al dia.

Antiespasmódicos.—Naturalmente se habian de haber administrado los antiespasmódicos en una afeccion en que se ha hecho jugar por tanto tiempo un gran papel al espasmo de los órganos, y así se han usado el *éter*, la *asafétida*, el *alcanfor* y el *castóreo*. Pero no insistiremos en esta medicacion, porque es evidente que se debe preferir, y con mucho, el tratamiento por los narcóticos al uso de todos los antiespasmódicos.

La *trementina*, que hemos dicho que han usado algunos médicos contra las concreciones urinarias, lo ha sido con mucha mas frecuencia, con el objeto de calmar la irritacion que aquellas producen, y de disminuir la abundancia de la secrecion de la orina en los casos en que se teme la distension del riñon. El doctor Richter (1) recomienda la fórmula siguiente, en la cual entra el *jabon*, y que por

(1) A. G. Richter, *Specielle Therapie*.

consecuencia puede referirse al tratamiento alcalino que hemos expuesto en el artículo anterior.

R. Trementina de Venecia........ 2 gram.
Jabon medicinal.........
Extracto de regaliz....... } aa.. 12 gram.

Mézclense y háganse píldoras de 10 centígramos (2 granos), y se toman de 10 á 15 mañana y noche.

El *café*, recomendado igualmente para el tratamiento radical de las concreciones urinarias, ha sido prescrito por el doctor Chapmann (1) en el cólico nefrítico, y recomienda este autor que se tome muy cargado y en gran cantidad.

La gayuba empleada por los antiguos en todas las enfermedades de las vias urinarias, puede tambien recomendarse en el caso actual (2).

Se ha recurrido algunas veces al *frio*, dice el doctor Rayer, y con buen éxito, poniéndose los enfermos desnudos y con los pies en el suelo, y esta práctica ha sido seguida muchas veces de la expulsion del cálculo ó del restablecimiento de la secrecion urinaria. Parece que esta expulsion ha sido favorecida en algunos casos por la aplicacion de *ventosas secas* sobre el trayecto del uréter ó del perineo.

«Cuando una arena, añade este autor, ó un cálculo se ha introducido en el uréter y le obstruye (circunstancia indicada por el asiento del dolor, la disminucion de la orina, etc.), se ha aconsejado promover el vómito, escitar al enfermo á *toser* y á *estornudar*, hacer *movimientos bruscos* y determinar sacudimientos violentos en todo el cuerpo para facilitar el paso de la concrecion á la vejiga. Pero haré notar con este motivo que rara vez he visto que en los cólicos nefríticos haya seguido la expulsion de las arenas á los vómitos expontáneos ó provocados, y que los enfermos sufren demasiado al toser ó estornudar; en cuanto al caso de obstruccion de uno de los uréteres por un verdadero cálculo, semejantes tentativas serian inútiles y peligrosas.»

Por consiguiente en los casos de verdadero cólico nefrítico vale mucho mantener á los enfermos en la *quietud mas absoluta*, y dejar á los esfuerzos de la secrecion urinaria, que tiende sin cesar á empujar hácia adelante el cuerpo extraño, el cuidado de arrastrarle hasta la vejiga; para esto los enfermos deberán estar echados, ligeramente cubiertos, en una habitacion retirada, y evitar todos los movimientos un poco violentos.

Se ha propuesto tambien la aplicacion de *algunos revulsivos*, y principalmente de los *vejigatorios ambulantes*, para hacer cesar el dolor; pero estos medios, que pueden producir algun efecto en los casos en que el dolor reside en la pélvis renal, son enteramente in-

(1) Chapmann, *Philadelphia Journal*, año 1824.
(2) Véase el art. CALCULOS RENALES, p. 570.

suficientes cuando se trata del cólico nefrítico producido por el paso de una arena al través del uréter.

Cloroformo.—Pero hay un medio nuevo, que bajo este punto de vista puede hacer inmensos servicios, y es el *cloroformo*, que puede emplearse de tres modos diferentes: 1.° *Al interior*, de 50 centígramos á 1 ó 2 gramos (9,48 granos á media dracma) en una pocion de 120 á 150 gramos (4 á 5 onzas); este es el medio menos activo y menos seguro. 2.° *En aplicaciones exteriores*, como se ha hecho en el caso siguiente: el doctor Aubrun (1) ha conseguido disipar los dolores tan atroces de la nefritis calculosa por la *aplicacion del cloroformo á la region renal y demás puntos dolorosos del abdómen*. Este líquido se aplica al principio por medio de una compresa de algodon en rama empapada con 10 gramos (2 y 1/2 dracmas) del medicamento, y despues poniendo un poco de algodon en un cristal de reloj, y vertiendo encima 2 gramos (media dracma) de cloroformo. 3.° *En hilacion*, que es como yo le he usado con un éxito muy notable en el caso siguiente: En el mes de Junio de 1849, durante la mayor intensidad del cólera, he sido llamado para una señora que sufria atroces dolores en el vientre, y se creia acometida de la enfermedad reinante. Un médico que la habia visitado participó de la misma opinion, y se contentó con prescribir una pocion con el jarabe de diacodion. Los dolores continuaron, y su carácter, su direccion á lo largo del uréter izquierdo, los dolores en la vejiga, la falta de evacuaciones alvinas y de los demás signos del cólera me hicieron diagnosticar una nefritis calculosa. Inmediatamente he practicado la inhalacion de cloroformo, y en menos de un minuto calmaron todos los accidentes. La enferma pasó una hora próximamente casi sin dolor, porque en cuanto este reaparecia se hacia nueva inhalacion, y así sucesivamente, hasta que á las ocho ó diez horas de la primera inhalacion, y al orinar la enferma, oyó un ruido particular en el vaso, y era producido por un cálculo del grosor de un guisante pequeño, cesando desde este instante todos los accidentes. Así, pues, el cólico nefrítico habia pasado sin dolores; pero debe tenerse entendido que mientras se practican las inhalaciones hay que hacer uso de los principales medios que hemos indicado antes de ahora, y especialmente de los diuréticos.

Las inhalaciones deben hacerse con todas las precauciones que exige el empleo de un agente como el cloroformo, y no parece que estemos autorizados en un caso de cólico nefrítico para llevar la anestesia mas allá de los primeros grados, pues la resolucion completa no es necesaria para calmar los dolores.

Resúmen del tratamiento.—Bebidas atemperantes, aguas gaseosas, baños narcóticos y cloroformo.

(1) Aubrun, *Journal de connaisances médico-chirurgicales*, Agosto de 1849.

ARTÍCULO VI.

NEFRALGIA.

Por la palabra nefralgia no se puede hoy dia designar otra cosa mas que un dolor puramente nervioso localizado en el riñon. ¿Pero un dolor de este género ha sido jamás observado de tal modo, que no puede abrigarse la menor duda acerca de su existencia?

La principal autoridad que se citó en favor de la existencia de la nefralgia es la de Sydenham (1), que ha descrito un dolor violento cuyo asiento era el riñon; pero si se encuentra esta descripcion, se ve que no está bien demostrado su asiento. «*Nonnunquam renum alterum vehementissimo dolore afficit, unde vomitus immanis; atque etiam per ureteris ductum persæpe delatus, calculum simulat.*» Sydenham imaginó quizá, pero no lo demostró por la observacion, y los que á su ejemplo admitieron la existencia de este dolor nervioso de los riñones, al cual habian dado el nombre de *nefralgia histérica*, no suministraron mejores pruebas en apoyo de su opinion. Por mas que *à priori* la nefralgia renal no sea imposible, es probable que se haya confundido con dolores lumbares ó lumbo-abdominales, dependientes en la mujer de padecimientos crónicos del útero (dismenorrea) ó de una neuralgia lumbo-abdominal simple en los hombres, á no ser que haya error algunas veces de diagnóstico por ignorar la afeccion calculosa real.

Los autores mas modernos no diagnostican con mas exactitud la nefralgia. Strambio (2), Baraillon (3), Teale (4), citados por Rayer, han dado como nefralgias dolores que se experimentaban en los lomos, pero cuyo preciso asiento no estaba determinado: el mismo Rayer confundió un aneurisma de la aorta torácica, que tenia su asiento al nivel y á la derecha de la sétima vértebra dorsal, con una nefralgia renal, pues los dolores vivos que producen estos tumores se irradian á cierta distancia.

ARTÍCULO VII.

RETENCION DE LA ORINA EN LAS CAVIDADES RENALES, Ó HIDRONEFROSIS.

Ya en los autores antiguos se refieren ejemplos de esta enferme-

(1) Sydenham, *Opera omnia*, Genevæ, 1769, t. I, p. 132; *Colica biliosa*, ann. 1670, 1671, 1672.
(2) Strambio, *Journal des progrès*, t. I.
(3) Barraillon, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, par A. Roux. Paris, 1767, t. XXVII, p. 430.
(4) Teale, *Edinburgh med. and surg. Journ.*, vol. XXXIII.

dad, y el doctor Rayer ha reunido las principales observaciones conocidas en la ciencia. En el Tratado de Robers y en los *Boletines de la sociedad anatómica* encontramos algunas observaciones, que fueron, con las de Rayer, la base de nuestra descripcion.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Además del nombre de *hidronefrosis*, que Rayer ha dado á la retencion de la orina en el riñon, ha recibido tambien el de *hidropesia*, *tumor seroso del riñon* y *distension hidrorenal*. Esta última denominacion parece bastante aplicable á la enfermedad, pero es demasiado vaga, y así creemos mejor conservar la denominacion de *retencion de la orina en el riñon*, que aproxima esta afeccion á la retencion de orina en la vejiga, de la cual solo difiere por el asiento y por las consecuencias. Veamos, pues, la *definicion* que ha dado Rayer. «Cuando la orina se acumula de un modo lento en los riñones á consecuencia de un obstáculo que impide su paso á la vejiga, ó su expulsion al exterior, bien sea por un cuerpo extraño, ó por un vicio de conformacion, sucede algunas veces que se dilatan los cálices y la pélvis renal, sin que sus paredes se inflamen sensiblemente. Estas colecciones de un líquido primitivamente urinoso, y mas tarde de apariencia serosa en la pélvis y los cálices distendidos y no inflamados, ha sido designada con los nombres de hidropesía del riñon y distension hidrorenal.

El hecho de un líquido primitivamente urinoso, que mas tarde toma la apariencia del líquido de las hidropesías, es el motivo, á pesar de la opinion de Valleix, de la denominacion de *hidronefrosis*, aceptada tambien por Roberts. No trataremos aquí de lo que Henninger (1) llama hidronefrosis parcial, enfermedad estudiada por Virchow, que empieza por pequeños núcleos y termina por quistes del riñon. A pesar de que el hecho primitivo haya podido ser una retencion del líquido urinario en sus primeras vias, nos hemos considerado en el caso de estudiar separadamente la afeccion quística.

§ II.—Causas.

Se ha observado esta enfermedad en *todas las edades*. Ya Bonet (2) habia citado un caso observado en un recien nacido, y Billard (3) refiere otro semejante que ha reproducido el doctor Rayer.

En 37 casos recogidos por Roberts, habia en 14 un vicio de conformacion congénito de las vias urinarias, en 8 la hidronefrosis era doble, y de los 14 citados dos eran niños recien nacidos, el tercero

(1) Henniger, *De l'hidronéphrose, ou hydropisie des reins*, thèse de Strasbourg, 1862.
(2) Bonet, *Sepulcretum*, t. II.
(3) Billard, *Traité des maladies des nouveau-nés*.

murió á las treinta horas de su nacimiento, y los otros sucumbieron á la edad de cinco años, excepto un enfermo de Hare, que vivió treinta y ocho años.

En otros 27 casos la obstruccion era debida en 10 á concreciones urinarias, á una constriccion cicatricial de orígen inflamatorio en 4, á un tumor de la pélvis en 6, y en medio de estos tumores se cuenta como tal el descenso del útero, circunstancia estudiada por Stadfeldt (1). En el resto de los casos el mecanismo es desconocido. Sucede tambien que una retraccion congénita del uréter, que dificulta mas ó menos el curso de la orina, llega á graduarse hasta la oclusion, y determina la hidronefrosis en una edad avanzada, como Boogard (2) observó en un jóven de veinte años.

Para que se verifique la retencion de la orina es preciso que haya, ó un *vicio de conformacion* que oblitere el uréter, lo que se observa en los casos en que la enfermedad se presenta en los recien nacidos, ó un *cuerpo extraño* que obstruya este conducto, ó en fin, un *tumor* que comprima y oblitere una parte de las vias urinarias.

Entre los tumores que obstruyen una parte de los conductos, y ocasionan la retencion de la orina, ninguno se observa con mas frecuencia que el *cáncer*.

§ III.—Síntomas.

Los síntomas de la retencion de la orina en el riñon, y del tumor de aspecto seroso, que es su consecuencia, son casi todos sumamente oscuros.

Los niños viven poco cuando es congénita la hidronefrosis, lo que tambien pasa cuando es doble, pues el doble tumor renal abate el diafragma. En los adultos comienza insidiosamente. En el caso de Aubree (3) una mujer de sesenta años, que jamás habia padecido de cólico nefrítico, experimentó dolores lumbares y epigástricos durante seis meses.

Los enfermos han experimentado dolores mas ó menos intensos en una época mas ó menos distante, especialmente cuando el obstáculo consiste en un cálculo introducido en el uréter, porque entonces han sufrido ataques de cólico nefrítico. Cuando un tumor canceroso ha producido la obliteracion de los conductos urinarios, se han podido observar tambien los demás síntomas de esta enfermedad, como la debilidad, la extenuacion, el color amarillo bajo, etc.; pero lo único que indica de un modo positivo que se forma una acumulacion de lí-

(1) Stadfeldt, *Medical Times and Gazzette*, 1858, t. I, p. 234.

(2) Boogard, *Archiv. f. d. Holländische Beiträge zur natur-und-Heilkunde*, Band I, S. 196.

(3) Aubrée, *Hydronéphrose du rein droit avec oblitération du l'uretère par un calcul* (*Bull. de la Soc. anat.*, 1857, p. 213).

quido en la pélvis renal y en los cálices, es la aparicion de un tumor fluctuante en la region renal.

Este *tumor* es blando, indolente, sin cambio de color en la piel; «su volúmen, dice el doctor Rayer, puede variar entre el de un puño y el del útero, tal como se halla en los últimos meses de la preñez.» La tumefaccion es entonces muy perceptible en la region lumbar, y no desaparece completamente cualquiera que sea la posicion que se haga adoptar al enfermo. Por la *palpacion* se reconocen en este tumor abolladuras gruesas, habiéndose comparado esta sensacion á la que producen los intestinos gruesos cuando están muy distendidos. En una observacion recogida por Alb. Legrand (1) en una mujer de cincuenta años, el tumor era abdominal, y habia podido ser confundido con el tumor que determina la distension de la vejiga. Cuando está complicada la hidronefrosis con el embarazo, forma el vientre un tumor con dos divisiones hasta el punto que pudiera creerse en un embarazo de gemelos (Henninger).

La *fluctuacion* que se percibe en este tumor siempre es profunda á causa de la gran masa de tejidos que cubre el riñon; sin embargo, cuando la acumulacion de líquido es muy considerable, se aprecia fácilmente la fluctuacion.

Se podria hacer la *percusion* para fijar las dimensiones del tumor; pero como bastan los signos que acabamos de indicar, seria inútil molestar al enfermo haciéndole tomar las posturas indicadas por algunos médicos.

En los casos en que la retencion de la orina y el tumor seroso que es su consecuencia residen en un solo lado, nada ofrece de particular el estado general, y los sugetos continúan entregándose á sus ocupaciones, desempeñan todas las funciones como en el estado normal, y hasta puede no hallarse ningun signo en la cantidad de de orina, porque supliendo el riñon sano al que se halla enfermo, los sugetos expelen una *orina no alterada* y en igual cantidad que en el estado de salud. Por el contrario, cuando la afeccion ocupa los dos lados, los síntomas son muy graves desde el momento en que se ha detenido el curso de la orina, y como este estado no puede durar mas que un corto número de dias, los accidentes adquieren con mucha rapidez una gran intensidad.

En tales casos, además de los signos locales anteriormente indicados y que se presentan en los dos lados, se observa: 1.° la *retencion completa de la orina*, sin que á pesar de introducir una sonda en la vejiga salga ni una sola gota de líquido: en algunos casos, despues de haberse convencido de la vacuidad absoluta de la vejiga, sucede que al dia siguiente se la encuentra llena y menos distendida, este es un signo casi cierto de la hidronefrosis doble; 2.° una *agitacion* seguida de postracion (síntomas cerebrales); 3.° una *fiebre* in-

(1) Alb. Legrand, *Hydronephrose, disparition de la subst. tubul., etc. (Bull. de la Soc. anat.*, 1861, p. 255).

tensa. Hay cierta analogía entre el modo de sucumbir los enfermos y la de los individuos cuyos riñones han sido invadidos por un gran número de acefalocistes. (Véase el artículo *Hidátides de los riñones*.)

A veces el riñon distendido llega á inflamarse, y entonces se observan los signos de la *pielitis aguda* con acumulacion de pus en las cavidades renales. (Véase el artículo *Pielitis*.)

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

En los casos en que la enfermedad ocupa un solo riñon, su *curso* es sumamente lento y hasta puede decirse que por lo general no hace progresos apreciables, á pesar de que la distension del riñon puede ir siempre en aumento. En aquellos en que la afeccion reside en los dos lados, hay dos períodos muy distintos. Cuando la obstruccion es todavía incompleta, á lo menos de un lado y que puede continuar la escrecion de la orina, los enfermos no presentan un estado mucho mas grave que en los casos en que la enfermedad reside en un solo lado; pero desde el momento en que la obstruccion se hace completa en ambos, adquiere la afeccion una intensidad extrema.

Igual distincion debe hacerse relativamente á la *duracion* de esta enfermedad. Se ha observado que sugetos que la presentaban en un solo lado, han vivido muchos años sin experimentar grandes incomodidades. En los que tienen los dos riñones afectados, la duracion es menos larga; pero tambien en estos hay que separar los dos períodos muy distintos que hemos indicado al hablar del curso. El primero es de larga duracion (años enteros), y el segundo termina por la muerte en pocos dias.

No es raro observar alternativas de mayor ó menor tumor renal; con la disminucion coincide una evacuacion urinaria abundante, y Roberts reconoció esta particularidad en 7 casos de 17 en que estudió la marcha de la enfermedad.

Cuando todavía no hay mas que *simple retencion de la orina en el riñon*, la enfermedad termina por lo comun por la expulsion del obstáculo que impedia el curso de la orina y por una curacion rápida. Mas si el obtáculo se ha hecho permanente y el riñon se ha convertido en una bolsa llena de un líquido seroso, la afeccion se hace tambien permanente y persiste hasta la muerte, causada, ó por una enfermedad intercurrente, ó por la obliteracion del uréter del lado opuesto, en cuyo caso la afeccion ocasiona por sí misma la terminacion funesta. Thompson ha visto la rotura del saco producir una peritonitis mortal.

§ V.—Lesiones anatómicas.

No deben detenernos mucho las *lesiones anatómicas*. La pélvis renal y los cálices están enormemente distendidos, la sustancia del

riñon atrofiada y reducida á una hoja delgada, de lo que resultan las abolladuras que se perciben durante la vida y que se ven despues de la muerte. «El líquido, dice Rayer, que se halla en los tumores despues de la muerte, ó que sale de ellos á beneficio de la puncion, nunca tiene las cualidades de la orina sana, aun en los casos en que la enfermedad resulta de la obstruccion de los conductos urinarios, pero este líquido contiene siempre úrea.»

Es mas acuosa que la orina normal; los materiales de secrecion presentan algunas veces alteracion, pues su color es variable y siempre es mas ó menos albuminosa. Dickinson (1) y Dumreicher (2) encontraron una vez cada uno el contenido del quiste en estado de materia colóidea.

La cantidad de este líquido era en proporciones elevadas, llegando hasta 20, 30 kilógramos, y segun Glass (3) á 112.

En 37 casos recogidos por Roberts, la hidronefrosis era simple 26 veces, y doble 11; el riñon derecho mas frecuentemente afectado que el izquierdo. Segun la estadística de Kœnig (4), el riñon izquierdo fué el atacado 15 veces de 24 casos de hidronefrosis simple.

En cuanto al saco que forma, es en general mucho mas voluminoso que el riñon normal, multilocular, con tabiques completos ó incompletos, lo que explica las abolladuras que presenta el tumor por la palpacion durante la vida; la membrana del quiste y la de los tabiques son densas, fibrosas ó fibro-cartilaginosas; primitivamente este estado de la dilatacion de los cálices y de la pélvis del riñon; mas tarde el tejido celular del riñon y el parénquima atrofiado contribuyen á formar las membranas. El riñon del lado opuesto está ordinariamente hipertrofiado. Se hallan todavía en el riñon enfermo, cálculos, cuerpos extraños, la obliteracion, la retraccion por coartacion del uréter, ó por la presencia de válvulas congénitas ó accidentales.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Hé aquí cómo este autor establece el *diagnóstico*. «Semejantes tumores, dice, solo pueden confundirse por su figura con los que resultan de los *quistes de los riñones* y de la *acumulacion de pus á de sangre* en la pélvis renal y en los cálices dilatados; pero en la inflamacion de la pélvis la orina está siempre mas ó menos cargada de pus, á menos que no se halle interceptada toda comunicacion entre la pélvis inflamada y la vejiga, lo cual no sucede ordinariamente. Además, en la *pielitis* el tumor es casi siempre doloroso, cuando en la hidronefrosis es las mas veces indolente. En los últimos tiempos de la hidropesía de los riñones la orina mucosa y ligeramen-

(1) Dickinson, *Patholog. Society Transactions*, vol. XIII, p. 138.
(2) Dumreicher, *Wiener medic.* Halld, 1864, p. 189.
(3) Glass, *Philosophical Transations*, 1747.

[redacted]

te filamentosa que escreta el enfermo es muy distinta de la orina purulenta y sanguinolenta de la *pielitis crónica*, de modo que haciendo un exámen detenido siempre será posible distinguir estas dos especies de tumores renales.»

Sin embargo, se han cometido errores de diagnóstico bastante graves con la enfermedad que nos ocupa. En tres casos que cita Rayer, tomados de diferentes autores, se ha creido que el tumor renal era el *útero desarrollado*, ó se le ha confundido con una *hidropesía del ovario*, y tambien con un *espasmo del intestino* (Howison). Aun admitiendo la existencia de esta última enfermedad, se halla naturalmente separada por un signo muy sencillo, por el sonido claro que debe dar á la percusion el tumor intestinal, al paso que el tumor renal dará á la percusion un sonido á macizo. En cuanto á los otras dos, la posicion del tumor, sobre todo la determinacion de su punto fijo y los síntomas propios de las afecciones del ovario ó del útero, servirán para formar el diagnóstico.

Pronóstico.—Hemos dicho ya antes de ahora que el pronóstico de esta afeccion, cuando reside solo en un lado, dista mucho de ser inmediatamente grave; pero lo que hay que temer es que la causa que ha producido la obstruccion completa del conducto urinario obre tarde ó temprano sobre el del lado opuesto, porque la hidronefrosis doble y permanente es una enfermedad mortal. Cuando el riñon afectado se inflama, el estado llega á ser muy grave y por lo comun mortal.

§ VII.—Tratamiento.

Hé aquí el resúmen del tratamiento, tal como le ha presentado Rayer. «En el método curativo de la hidronefrosis es preciso indagar la causa de la obstruccion del uréter, y si esta apareciese depender de un cálculo, y por el exámen de la orina ayudado de los demás medios de exploracion se llegase á conocer la naturaleza (1) de la concrecion, *se deberia tratar de reblandecerle ó de obtener su disolucion*. En seguida se procurará remover, en cuanto sea posible, todas las causas capaces de inflamar el saco renal y de aumentar la secrecion del humor de la pélvis y de los cálices.

»Si el tumor se ha desarrollado sin que le hayan precedido los síntomas propios de los cólicos nefríticos y por la oclusion del uréter se le puede atribuir á un vicio de conformacion, se ensayará á ver si se logra facilitar el curso de la orina por medio de *ligeras fricciones*, de una *compresion moderada* sobre el tumor y haciendo tomar al enfermo *diversas actitudes*.

«*Puncion é incision.*—El doctor Kœning ha aconsejado practicar una *puncion* con un trócar en estos tumores hidrorenales, siempre

(1) Véase respecto á esto lo que hemos dicho en el párrafo destinado al tratamiento químico de las concreciones urinarias.

que se eleven de un modo sensible y que presenten fluctuacion evidente, lo mismo que se hace en la *hidropesía del ovario*. No se debe adoptar este consejo así de un modo general, cualquiera que sea el volúmen de la hidronefrosis de uno de los riñones, porque esta enfermedad es compatible con el ejercicio regular de las principales funciones, no compromete evidentemente la salud y la vida, y por otra parte se ha observado á veces la inflamacion del quiste renal despues de la puncion, y sobrevenir una *peritonitis* causando la muerte del enfermo. Pero si mientras el saco renal no llega á estar doloroso, debemos dispensarnos de recurrir á la *puncion* y á la *incision* del tumor; no sucede lo mismo cuando se inflaman las paredes de la bolsa y cuando amenazan perforarse ó reblandecerse, porque entonces se debe recurrir á las *sangrías locales* y *generales*, á los *baños* y *cataplasmas emolientes*, y al mismo tiempo evacuar por medio de *lavativas* y de *purgantes* las materias detenidas en el intestino. Si persisten los accidentes, si sobrevienen escalofríos, y si el dolor lumbar es mas vivo y contínuo, entonces es necesario *proporcionar una salida al pus* ó al humor seroso y purulento acumulado en la pélvis renal y en los cálices.»

El procedimiento operatorio será el mismo que el que fué descrito en el tratamiento de la pielitis.

CAPÍTULO III.

ENFERMEDADES DE LOS URÉTERES.

Despues de los artículos que acaban de leerse, muy poco nos queda que decir de las enfermedades de los uréteres, en razon á que los uréteres tienen muy pocas afecciones que les sean propias, y porque la mayor parte de las lesiones que pueden presentar se hallan descritas necesariamente al mismo tiempo que las de ciertas enfermedades de los riñones, tales como los *cálculos renales*, los *acefalocistes*, etc. Por consiguiente solo debemos hacer una indicacion breve de estas afecciones.

1.° La *hemorragia de los uréteres ó ureterorragia* es sumamente rara, y en los casos en que se la ha podido observar solo se ha conocido su asiento despues de la muerte, durante la vida es imposible distinguirla de la hemorragia renal, á cuya descripcion remito al lector para el conocimiento de los síntomas.

2.° La *inflamacion de los uréteres* resulta siempre de la extension de la flecmasía de la vejiga ó del riñon, ó de la presencia de un cuerpo extraño, por consiguiente no constituye una enfermedad que importe estudiar por separado.

3.° Los *cálculos*, una vez introducidos en el uréter, presentan algunas particularidades que interesa mencionar. Ya hemos dicho que cuando adquieren cierto grosor ó presentan asperezas, dan orígen al *cólico nefrítico;* sin embargo, resulta de la observacion que estos accidentes dependen tambien del grado de irritacion que puede ya haber adquirido el uréter á consecuencia de la afeccion renal. No es raro ver detenerse los cálculos en este conducto y hasta adquirir en él incremento, y si llegan á ser demasiado voluminosos, impiden el curso de la orina y producen la *hidronefrosis*, cuya descripcion ya hemos hecho antes de ahora. No obstante se han observado concreciones bastante voluminosas que no interrumpian la excrecion urinaria, lo cual dependia de estar perforadas por un conducto central por donde pasaba el líquido. A veces se han acumulado varios cálculos en un ensanche del uréter, y ha podido seguir filtrándose la orina por entre los intersticios.

El *diagnóstico* de los cálculos fijos en el uréter es sumamente difícil cuando no viene á ilustrar al observador el dolor nefrítico á lo largo de dicho conducto, y su *pronóstico* es siempre grave por las razones que hemos dado en el artículo *cólico nefrítico*, donde se encontrarán los detalles necesarios.

4.° Ya hemos dicho en el artículo *Retencion de la orina en los riñones*, que el uréter puede presentar desde el nacimiento una *extrechez* y hasta una *obliteracion*. Mas tarde se halla este conducto estrechado como un obstáculo cualquiera interrumpe el curso de la orina en el riñon. En efecto, las paredes del conducto se han replegado sobre sí mismas. Si el obstáculo reside en el uréter mismo, la parte situada por debajo se halla estrechada, al paso que la superior puede presentar en el mas alto grado la alteracion que vamos á indicar inmediatamente, es decir, la dilatacion.

5.° El uréter puede hallarse comprimido por tumores exteriores y ser invadido por las enfermedades de los tejidos adyacentes, y en particular por el *cáncer*. Esta compresion produce estrecheces mas ó menos extensas, cuyas consecuencias hemos indicado en los artículos anteriores.

6.° La *dilatacion* que resulta de las lesiones que ya tantas veces hemos indicado, es en algunos casos enorme, y así se ha visto que la porcion del uréter situada por encima de un obstáculo completo iguala en volúmen á un intestino delgado y aun mas. Al mismo tiempo que el conducto se dilata se engruesan sus paredes, y pueden triplicar y aun quintuplicar su espesor.

Ahora bien, ¿qué consecuencias prácticas podemos deducir de esta rápida exposicion? Preciso es convenir con Vidal, de Cassis (1), que nuestros conocimientos acerca de las enfermedades de los conductos renovesicales están casi reducidos á nociones de anatomía patológi-

(1) Aug. Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, art. RÉTRÉCISSEMENT ET DILATATION DES URETÈRES. Paris, 1860, 5ª édit., t. V.

ca, que durante la vida se ignora por lo comun el asiento de la afeccion, y que aun cuando se conociése, no podria tampoco deducirse ninguna indicacion especial para el tratamiento.

CAPÍTULO IV.

ENFERMEDADES DE LA VEJIGA.

ARTICULO I.

HEMORRAGIA VESICAL.

Todos los autores están conformes en decir que la hemorragia simple expontánea que tiene su asiento en la superficie de la vejiga, es una afeccion sumamente rara. Todavía se puede avanzar mas, y hasta asegurar que no hay ningun caso auténtico en que se haya demostrado que la hemorragia procédia realmente de la vejiga y no de los riñones. Esto es á lo menos lo que resulta de las investigaciones que hemos podido hacer acerca de este punto. P. Frank (1), que entre nueve mil novecientos trece individuos, solo ha observado trece veces la hematuria, y que en otra série de mil trescientos no ha visto morir un solo enfermo de esta afeccion, de ningun modo dice que la hemorragia tuviese su asiento en la vejiga, ni que fuese esencial en uno solo de estos casos, y el doctor Barth (2), que ha buscado detenidamente los diversos casos de hemorragia simple expontánea, no ha podido referir ni uno solo en que hubiese habido evidentemente exhalacion de sangre en la cavidad vesical, porque los dos hechos que cita detalladamente son casos de hemorragia renal. Quizá se citarán al efecto esas hematurias tan frecuentes en ciertos paises, y en particular en la Isla Mauricio, pero ya hemos dicho antes de ahora que generalmente todos están conformes en colocar en el riñon el orígen de la sangre que sale con la orina en estos casos expeciales (véase *Hemorragia renal*). Debemos, pues, concluir que esta afeccion, cuando tiene realmente su asiento en la vejiga, es, si no siempre, á lo menos casi siempre, sintomática de ciertas lesiones, y principalmente de las que caracterizan el cáncer, y que por lo tanto no merece nos detengamos mucho tiempo. No obstante, es lícito creer

(1) J. Frank, *Traité de médecine practique*, traduction de Goudareau. Paris, 1842, t. I, p. 547.

(2) Barth, *Doit-on admettre des hémorrhagies essentielles?* thése de concours, 1838.

te filamentosa que escreta el enfermo es muy distinta de la orina purulenta y sanguinolenta de la *pielitis crónica*, de modo que haciendo un exámen detenido siempre será posible distinguir estas dos especies de tumores renales.»

Sin embargo, se han cometido errores de diagnóstico bastante graves con la enfermedad que nos ocupa. En tres casos que cita Rayer, tomados de diferentes autores, se ha creido que el tumor renal era el *útero desarrollado*, ó se le ha confundido con una *hidropesía del ovario*, y tambien con un *espasmo del intestino* (Howison). Aun admitiendo la existencia de esta última enfermedad, se halla naturalmente separada por un signo muy sencillo, por el sonido claro que debe dar á la percusion el tumor intestinal, al paso que el tumor renal dará á la percusion un sonido á macizo. En cuanto á los otras dos, la posicion del tumor, sobre todo la determinacion de su punto fijo y los síntomas propios de las afecciones del ovario ó del útero, servirán para formar el diagnóstico.

Pronóstico.—Hemos dicho ya antes de ahora que el pronóstico de esta afeccion, cuando reside solo en un lado, dista mucho de ser inmediatamente grave; pero lo que hay que temer es que la causa que ha producido la obstruccion completa del conducto urinario obre tarde ó temprano sobre el del lado opuesto, porque la hidronefrosis doble y permanente es una enfermedad mortal. Cuando el riñon afectado se inflama, el estado llega á ser muy grave y por lo comun mortal.

§ VII.—Tratamiento.

Hé aquí el resúmen del tratamiento, tal como le ha presentado Rayer. «En el método curativo de la hidronefrosis es preciso indagar la causa de la obstruccion del uréter, y si esta apareciese depender de un cálculo, y por el exámen de la orina ayudado de los demás medios de exploracion se llegase á conocer la naturaleza (1) de la concrecion, *se deberia tratar de reblandecerle ó de obtener su disolucion*. En seguida se procurará remover, en cuanto sea posible, todas las causas capaces de inflamar el saco renal y de aumentar la secrecion del humor de la pélvis y de los cálices.

»Si el tumor se ha desarrollado sin que le hayan precedido los síntomas propios de los cólicos nefríticos y por la oclusion del uréter se le puede atribuir á un vicio de conformacion, se ensayará á ver si se logra facilitar el curso de la orina por medio de *ligeras fricciones*, de una *compresion moderada* sobre el tumor y haciendo tomar al enfermo *diversas actitudes*.

«*Puncion é incision.*—El doctor Kœning ha aconsejado practicar una *puncion* con un trócar en estos tumores hidrorenales, siempre

(1) Véase respecto á esto lo que hemos dicho en el párrafo destinado al tratamiento químico de las concreciones urinarias.

que se eleven de un modo sensible y que presenten fluctuacion evidente, lo mismo que se hace en la *hidropesía del ovario*. No se debe adoptar este consejo así de un modo general, cualquiera que sea el volúmen de la hidronefrosis de uno de los riñones, porque esta enfermedad es compatible con el ejercicio regular de las principales funciones, no compromete evidentemente la salud y la vida, y por otra parte se ha observado á veces la inflamacion del quiste renal despues de la puncion, y sobrevenir una *peritonitis* causando la muerte del enfermo. Pero si mientras el saco renal no llega á estar doloroso, debemos dispensarnos de recurrir á la *puncion* y á la *incision* del tumor; no sucede lo mismo cuando se inflaman las paredes de la bolsa y cuando amenazan perforarse ó reblandecerse, porque entonces se debe recurrir á las *sangrías locales* y *generales*, á los *baños* y *cataplasmas emolientes*, y al mismo tiempo evacuar por medio de *lavativas* y de *purgantes* las materias detenidas en el intestino. Si persisten los accidentes, si sobrevienen escalofríos, y si el dolor lumbar es mas vivo y contínuo, entonces es necesario *proporcionar una salida al pus* ó al humor seroso y purulento acumulado en la pélvis renal y en los cálices.»

El procedimiento operatorio será el mismo que el que fué descrito en el tratamiento de la pielitis.

CAPÍTULO III.

ENFERMEDADES DE LOS URÉTERES.

Despues de los artículos que acaban de leerse, muy poco nos queda que decir de las enfermedades de los uréteres, en razon á que los uréteres tienen muy pocas afecciones que les sean propias, y porque la mayor parte de las lesiones que pueden presentar se hallan descritas necesariamente al mismo tiempo que las de ciertas enfermedades de los riñones, tales como los *cálculos renales*, los *acefalocistes*, etc. Por consiguiente solo debemos hacer una indicacion breve de estas afecciones.

1.° La *hemorragia de los uréteres ó ureterorragia* es sumamente rara, y en los casos en que se la ha podido observar solo se ha conocido su asiento despues de la muerte, durante la vida es imposible distinguirla de la hemorragia renal, á cuya descripcion remito al lector para el conocimiento de los síntomas.

2.° La *inflamacion de los uréteres* resulta siempre de la extension de la flecmasía de la vejiga ó del riñon, ó de la presencia de un cuerpo extraño, por consiguiente no constituye una enfermedad que importe estudiar por separado.

3.° Los *cálculos*, una vez introducidos en el uréter, presentan algunas particularidades que interesa mencionar. Ya hemos dicho que cuando adquieren cierto grosor ó presentan asperezas, dan orígen al *cólico nefrítico;* sin embargo, resulta de la observacion que estos accidentes dependen tambien del grado de irritacion que puede ya haber adquirido el uréter á consecuencia de la afeccion renal. No es raro ver detenerse los cálculos en este conducto y hasta adquirir en él incremento, y si llegan á ser demasiado voluminosos, impiden el curso de la orina y producen la *hidronefrosis*, cuya descripcion ya hemos hecho antes de ahora. No obstante se han observado concreciones bastante voluminosas que no interrumpian la excrecion urinaria, lo cual dependia de estar perforadas por un conducto central por donde pasaba el líquido. A veces se han acumulado varios cálculos en un ensanche del uréter, y ha podido seguir filtrándose la orina por entre los intersticios.

El *diagnóstico* de los cálculos fijos en el uréter es sumamente difícil cuando no viene á ilustrar al observador el dolor nefrítico á lo largo de dicho conducto, y su *pronóstico* es siempre grave por las razones que hemos dado en el artículo *cólico nefrítico*, donde se encontrarán los detalles necesarios.

4.° Ya hemos dicho en el artículo *Retencion de la orina en los riñones*, que el uréter puede presentar desde el nacimiento una *estrechez* y hasta una *obliteracion*. Mas tarde se halla este conducto estrechado como un obstáculo cualquiera interrumpe el curso de la orina en el riñon. En efecto, las paredes del conducto se han replegado sobre sí mismas. Si el obstáculo reside en el uréter mismo, la parte situada por debajo se halla estrechada, al paso que la superior puede presentar en el mas alto grado la alteracion que vamos á indicar inmediatamente, es decir, la dilatacion.

5.° El uréter puede hallarse comprimido por tumores exteriores y ser invadido por las enfermedades de los tejidos adyacentes, y en particular por el *cáncer*. Esta compresion produce estrecheces mas ó menos extensas, cuyas consecuencias hemos indicado en los artículos anteriores.

6.° La *dilatacion* que resulta de las lesiones que ya tantas veces hemos indicado, es en algunos casos enorme, y así se ha visto que la porcion del uréter situada por encima de un obstáculo completo iguala en volúmen á un intestino delgado y aun mas. Al mismo tiempo que el conducto se dilata se engruesan sus paredes, y pueden triplicar y aun quintuplicar su espesor.

Ahora bien, ¿qué consecuencias prácticas podemos deducir de esta rápida exposicion? Preciso es convenir con Vidal, de Cassis (1), que nuestros conocimientos acerca de las enfermedades de los conductos renovesicales están casi reducidos á nociones de anatomía patológi-

(1) Aug. Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, art. RÉTRÉCISSEMENT ET DILATATION DES URETÈRES. Paris, 1860, 5ª édit., t. V.

ca, que durante la vida se ignora por lo comun el asiento de la afeccion, y que aun cuando se conociese, no podria tampoco deducirse ninguna indicacion especial para el tratamiento.

CAPÍTULO IV.

ENFERMEDADES DE LA VEJIGA.

ARTICULO I.

HEMORRAGIA VESICAL.

Todos los autores están conformes en decir que la hemorragia simple expontánea que tiene su asiento en la superficie de la vejiga, es una afeccion sumamente rara. Todavía se puede avanzar mas, y hasta asegurar que no hay ningun caso auténtico en que se haya demostrado que la hemorragia procedia realmente de la vejiga y no de los riñones. Esto es á lo menos lo que resulta de las investigaciones que hemos podido hacer acerca de este punto. P. Frank (1), que entre nueve mil novecientos trece individuos, solo ha observado trece veces la hematuria, y que en otra série de mil trescientos no ha visto morir un solo enfermo de esta afeccion, de ningun modo dice que la hemorragia tuviese su asiento en la vejiga, ni que fuese esencial en uno solo de estos casos, y el doctor Barth (2), que ha buscado detenidamente los diversos casos de hemorragia simple expontánea, no ha podido referir ni uno solo en que hubiese habido evidentemente exhalacion de sangre en la cavidad vesical, porque los dos hechos que cita detalladamente son casos de hemorragia renal. Quizá se citarán al efecto esas hematurias tan frecuentes en ciertos paises, y en particular en la Isla Mauricio, pero ya hemos dicho antes de ahora que generalmente todos están conformes en colocar en el riñon el orígen de la sangre que sale con la orina en estos casos expeciales (véase *Hemorragia renal*). Debemos, pues, concluir que esta afeccion, cuando tiene realmente su asiento en la vejiga, es, si no siempre, á lo menos casi siempre, sintomática de ciertas lesiones, y principalmente de las que caracterizan el cáncer, y que por lo tanto no merece nos detengamos mucho tiempo. No obstante, es lícito creer

(1) J. Frank, *Traité de médecine practique*, traduction de Goudareau. Paris, 1842, t. I, p. 547.
(2) Barth, *Doit-on admettre des hémorrhagies essentielles?* thése de concours, 1838.

que la sangre puede escaparse por trasudacion y sin lesion prévia de las paredes de la vejiga en los casos de *hemorragias constitucionales*, de que ha tenido repetidas ocasiones de hablar antes de ahora (véase *Epistaxis*, *Hematemesis*, etc.); pero aun en estos casos solo tiene la hemorragia vesical una importancia secundaria, porque siendo la enfermedad entonces general, suele ser tan solo una circunstancia casual la que determina que la sangre salga por tal ó cual punto de la economía.

En tal estado no puedo hacer otra cosa mas que dar la descripcion de esta especie de hematuria tal como se encuentra en Boyer, lamentándome de que este autor, lo mismo que los que le han precedido, no hayan publicado las observaciones que hayan podido recoger.

1.° HEMORRAGIA VESICAL SIMPLE.

§ I.—Definicion.

«Se considera como tal, dice Boyer, la hematuria que no ha sido precedida de ninguna violencia exterior ni de síntoma algo capaz de caracterizar una enfermedad de los riñones ó de la vejiga, sobre todo si aparece despues de la *supresion de las reglas* ó del *flujo hemorroidal.*» Resulta de esta definicion que los casos en que casi exclusivamente se debe admitir la existencia de esta especie de hematuria, son aquellos en que la hemorragia puede considerarse como *supletoria.*

§ II.—Síntomas.

«Los principales síntomas de esta hematuria son, continúa el autor que acabo de citar, una *sensibilidad insólita de la vejiga á la presencia de la orina*, aun cuando exista este líquido en corta cantidad, *conatos frecuentes de orinar*, *disuria*, una sensacion de *ansiedad*, de *tension*, de *calor* y de *ardor* en el hipogástrio, una excrecion de *materia viscosa*, *puriforme y fétida* que se precipita en el fondo de la vasija en que se orina, en una palabra, casi todos los síntomas de una cistitis ligera y crónica.

»Finalmente, en medio de estos síntomas aparece la hematuria, *sale* una cantidad mayor ó menor de *sangre* con la orina, presentando un *color* oscuro y negruzco, *no está tan íntimamente mezclada con este líquido como en la hematuria renal*, y es *fluida*.

»A consecuencia de este flujo sanguíneo *remiten* la mayor parte de los *síntomas*, la orina sale mas clara, menos cargada de sangre y corre con mas facilidad.

»No siempre la hematuria vesical presenta síntomas tan graves, pues se ha observado salir la sangre con la orina evidentemente de la vejiga, *sin ninguna sensacion penosa* y sin esfuerzos, y hay per-

sonas que tienen una hematuria periódica supletoria de las reglas ó de las hemorroides, y cuya salud en nada se ha alterado por esta evacuacion.»

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

«Pero apenas es posible conocer, añade Boyer, ni aun despues de la muerte, si esta efusion procede de la diapédesis ó de la rotura de los vasos. Así, pues, el diagnóstico de la hematuria vesical expontánea solo está fundado en conjeturas.»

2.º HEMORRAGIA VESICAL SINTOMÁTICA.

§ I.—Definicion.

Conocemos con este nombre á toda hemorragia secundaria desarrollándose en el curso de una afeccion local ó general anterior.

Se comprende por los términos de que se sirve Boyor, que la hematuria vesical que describe como simple, lleva consigo ordinariamente cierto grado de cistitis; y es que en efecto, la enfermedad de que nos ocupamos es casi siempre secundaria á un estado inflamatorio simple ó específico de la mucosa vesical.

§ II.—Causas.

Segun Civiale (1), la hematuria vesical, afeccion muy comun, reconoce por causas:

1.º Las neuralgias ó extrecheces de la uretra, y la atonía de la vejiga. Estas circunstancias obran del mismo modo para producir la hemorragia, pues entrañan la acumulacion de la orina en la vejiga, la distension de este órgano, la irritacion de la mucosa y la ruptura de algunos capilares á consecuencia de la congestion. Estos accidentes no son precisamente raros en los individuos de edad avanzada.

2.º La presencia de cálculos, que por la irritacion que causan, solicitan la extravasacion sanguínea, y no las erosiones que puedan producir, porque los cálculos lisos determinan mas á menudo la hemorragia que los ásperos.

3.º Las lesiones orgánicas del cuerpo y del cuello de la vejiga, fungus, cáncer. Se halla algunas veces en la cistitis crónica, una dilatacion varicosa de los capilares venosos de la mucosa vesical; cuyo estado pareció á ciertos autores capaz de legitimar la hipótesis de *hemorroides vesicales* en las hematurias que acompañan al catarro crónico de la vejiga, pero la hematuria se observó precisamente en aquellos casos en que la autopsia no reveló precisamente las indica-

(1) Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*. Paris, 1860, t. III, p. 364.

das lesiones. La coincidencia expresada se nota particularmente en los viejos.

4.° La cistitis, y especialmente la aguda, se ha visto esta hematuria sobrevenir á consecuencia del uso inmoderado de las criadillas de tierra, del café y aguardiente con hábitos sedentarios, y despues de las inyecciones de tintura de cantáridas ó de bálsamo de copaiba en la vejiga.

5.° Las violencias exteriores, y 6.° el cateterismo, cuyas causas son del dominio de la cirujía, y sobre las cuales no insistimos.

El mismo autor no acepta sino con reserva las hematurias *críticas*, tomando quizás por tales las hemorragias vesicales que, lejos de juzgar una enfermedad general, son su consecuencia por amenazar la distension de la vejiga por atonía.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

Para hacer el *diagnóstico* directo de la hematuria debe recordarse lo que dejamos dicho para reconocer la presencia de la sangre en la orina.

En cuanto el diagnóstico diferencial, nos contentaremos con hacer notar que la consideracion de los conmemorativos, la exploracion de la vejiga, por la palpacion y la percusion, y al interior por el cateterismo, son medios mucho mas seguros que la inspeccion del mismo líquido emitido para distinguir la hemorragia vesical de la hematuria que proviene del riñon.

Esta especie de hemorragia no debe preocuparnos mas que por su cantidad, que entonces puede comprometer los dias del enfermo. El tratamiento es el mismo que dejamos estudiando para combatir las hemorragias de otros órganos.

§ IV.—Tratamiento.

Cuando la hematuria es dependiente de una enfermedad general, es sobre todo de este estado de la economía del que debemos ocuparnos. En los otros casos hay fiebre, sufrimiento local ó disposicion congestiva, estando indicadas las *emisiones sanguíneas* locales ó generales pero esta indicacion es rara: en la mayor parte de los casos convienen las *bebidas acídulas* ó astringentes, y el reposo; las lavativas frias, la exposicion del cuerpo al aire, los fomentos avinagrados, las aplicaciones de hielo sobre la vejiga, secundarán el empleo de estos medios. Las emulsiones alcanforadas deben administrarse cuando la hematuria es resultado de la accion de las cantaridas.

El *acetato de plomo* á la dósis de 18 á 20 centígramos durante algunos dias fué recomendado por Golding-Bird en las hematurias consecutivas á las enfermedades agudas. El ácido gálico, segun L. S. Beale, es uno de los mejores agentes contra la hematuria; á la dósis de 50 centígramos á 1 gramo en las veinticuatro horas. El opio al interior está indicado en los casos de cáncer de la vejiga; y si la hemorragia es peligrosa por su abundancia, aconseja Beale inyectar en la vejiga 1 á 2 gramos de alumbre disueltos en 300 gramos de agua.

Dilatar la uretra, cuando hay extrechez, hacer cesar el espasmo cuando existe por el cateterismo y la cauterizacion; vaciar la vejiga y habituarla á contraerse haciéndole inyeciones frias en caso de atonía, son los mejores medios que Civiale conoce para contener las hematurias mas comunes. Mas adelante hablaremos de los recursos de que el arte dispone contra la cistitis aguda ó crónica.

Respecto al *tratamiento* de la hemorragia simple expontánea, solo presenta una particularidad importante, á saber: que siendo esta especie de hemorragia por lo comun supletoria, como ya hemos dicho antes de ahora, no debemos apresurarnos á contenerla ni usar medios con este objeto, á no ser que fuese excesiva la pérdida de sangre; porque por una parte la hemorragia tiende por sí misma á contenerse, y por otra es necesaria la evacuacion de cierta cantidad de sangre para suplir al flujo suprimido, y hacer cesar ciertos síntomas de congestion, á veces sumamente incómodos.

Solo añadiré dos palabras relativamente á un accidente que exige ciertas precauciones, que el médico debe conocer bien y tener siempre muy presentes: hablo de la *retencion de orina ocasionada por la presencia de coágulos en la extremidad vexical de la uretra.*

Para hacer salir la orina detenida por coágulos, el doctor Bernard (1) introduce una sonda elástica, que contiene en su interior otra mas delgada, y al llegar á la vejiga retira la sonda interior y sale la orina.

El doctor Mercier (2), despues de haber introducido la sonda en la vejiga, ha empleado un estilete fino y flexible terminado en un ensanche esférico. Cuando vienen coágulos á obstruir los ojos de la sonda, el ensanche esférico los aplasta, y sale la orina alrededor del estilete fino.

Si estos medios no fuesen suficientes, seria preciso hacer una *aspiracion* por la extremidad de la sonda; pero como advierte muy bien el doctor Mercier, se debe introducir de antemano cierta cantidad de agua en la vejiga, á fin de estar bien seguro de que la aspiracion se ejerce sobre un líquido.

(1) Bernard, *Gazette médicale*, Mayo de 1848, y *Bulletin général de thérapeutique.*
(2) Mercier, *ibid.*

ARTÍCULO II.

CISTITIS AGUDA.

En este artículo nos ocuparemos casi exclusivamente de la inflamacion de la vejiga, que no depende, ni de una causa traumática, ni dela presencia de cuerpos extraños, que tan frecuentemente se hallan en este órgano. La cistitis producida por estas causas debe pertenecer á la cirugía, porque ellas son por sí mismas lo mas importante que tiene esta afeccion.

Se ha querido distinguir en la cistitis aguda una inflamacion superficial, que apenas interese mas que la mucosa, y otra profunda, que ocupe la pared entera, habiéndose dado á la primera el nombre de *catarro vexical agudo*, y á la segunda el de *cistitis propiamente dicha*. Hasta se ha llegado á proponer el distinguirlas en *cistitis peritoneal*, *cistitis muscular* y *cistitis mucosa*, y finalmente en *cistitis general* ó *cistitis profunda;* pero pronto ha habido que abandonar semejante division, que no podia admitirse sin confundir un gran número de cosas muy diferentes. No hay duda que se puede presentar una inflamacion de la parte del peritoneo que cubre la vejiga, pero esta inflamacion solo puede corresponder á una peritonitis general ó parcial, dependiente de otra afeccion, tal como una enfermedad del útero, del ovario ó del tejido celular de la fosa ilíaca, y así no puede considerársela como una verdadera cistitis. Respecto á la flegmasía de la túnica muscular, no hay la menor prueba de que pueda existir con independencia de la de las otras dos túnicas. Solo vendria, pues, á quedar la division anteriormente indicada, y que consiste en distinguir la cistitis en *superficial* y *profunda;* pero ¿tiene en realidad esta division toda la importancia que se le ha querido dar? Hé aquí lo que ciertamente no se ha demostrado, porque, como dice Boyer (1), «es preciso observar que en la cistitis la membrana mucosa participa mas ó menos de la inflamacion, y que en el catarro de la vejiga agudo y muy intenso se hallan tambien mas ó menos inflamadas las otras membranas de esta víscera.

Sin embargo, de alguna utilidad puede ser el hacer aquí la distincion anatómica de cistitis *catarral* y *exudativa*, que dejamos ya hecha en otra parte, tomándola de los autores alemanes, y que está legítimamente fundada en el cuadro sintomático de la enfermedad. La primera está caracterizada, en lo que se refiere al proceso morboso, á un movimiento epitelial exagerado y á una secrecion anormal de líquidos mucosos; la segunda por la produccion de pus formando abscesos en el tejido celular submucoso, falsas membranas y ulceraciones. La primera forma es la de la cistitis crónica, conservándose con cla-

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. IV: *De l'inflammation de la vessie.*

ridad el hecho legítimo, la expresion del catarro de la vejiga, por la cual se designa habitualmente esta enfermedad.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Para nosotros la cistitis es toda inflamacion de la vejiga, cualesquiera que sean su violencia y profundidad, y solo haremos notar que en esta enfermedad, lo mismo que en la inflamacion de la laringe, de la faringe etc., puede tener la afeccion muy diversa intensidad, segun los casos, y que el grado de esta intensidad corresponde en general á una extension mas ó menos considerable de la flegmasía. El nombre de *catarro de la vejiga* no cuadra mejor á esta enfermedad que el de catarro pulmonar á la inflamacion de los bronquios, y como basta la distincion que dejamos hecha para evitar toda indecision acerca de este punto, se puede suprimir fácilmente esta voz catarro, que ya ha envejecido.

A pesar de la solucion categórica de Valleix, es indudable que la intensidad de la enfermedad depende de la naturaleza de las lesiones anatómicas, y que la cistitis exudativa limitada puede ser mas grave que la catarral generalizada; comprendiéndola en el sentido que le hemos dado mas arriba, que por mas que haya envejecido merece ser conservado. No tenemos necesidad de hacer notar que la palabra *catarro* no se emplea en este caso en el sentido etiológico que le dió el profesor Fuster (de Montpellier).

Se han dado á esta enfermedad los nombres de *cistitis ligera* ó *intensa*, de *cisticia* (Souvages), *cistiflogia* (Meyzerey), etc., y se han aplicado estas últimas denominaciones á la inflamacion profunda.

Hemos dicho antes de ahora que es muy raro observar la cistitis aguda desarrollada expontáneamente y sin causa traumática, siendo tal esta rareza, que muchos médicos nunca han tenido ocasion de tratar esta enfermedad. Por el contrario, todos saben cuán frecuente es la cistitis cuando hay cuerpos extraños en el interior del órgano, que irritan contínuamente sus paredes; pero volvemos á repetir que los casos de este género deben estudiarse en las obras de cirugía.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes*.—Las causas predisponentes de la cistitis aguda expontánea están envueltas en la mayor oscuridad, y la que se halla mejor comprobada entre todas ellas es la influencia de la *edad madura*.

El doctor Reiseberg (1) ha citado un caso de cistitis en un niño de once meses, á consecuencia de *convulsiones;* pero como se le habia

(1) Reiseberg, *Preussiche Zeitung*, n.° 10, 1840.

ARTÍCULO II.

CISTITIS AGUDA.

En este artículo nos ocuparemos casi exclusivamente de la inflamacion de la vejiga, que no depende, ni de una causa traumática, ni dela presencia de cuerpos extraños, que tan frecuentemente se hallan en este órgano. La cistitis producida por estas causas debe pertenecer á la cirugía, porque ellas son por sí mismas lo mas importante que tiene esta afeccion.

Se ha querido distinguir en la cistitis aguda una inflamacion superficial, que apenas interese mas que la mucosa, y otra profunda, que ocupe la pared entera, habiéndose dado á la primera el nombre de *catarro vexical agudo*, y á la segunda el de *cistitis propiamente dicha*. Hasta se ha llegado á proponer el distinguirlas en *cistitis peritoneal*, *cistitis muscular* y *cistitis mucosa*, y finalmente en *cistitis general* ó *cistitis profunda;* pero pronto ha habido que abandonar semejante division, que no podia admitirse sin confundir un gran número de cosas muy diferentes. No hay duda que se puede presentar una inflamacion de la parte del peritoneo que cubre la vejiga, pero esta inflamacion solo puede corresponder á una peritonitis general ó parcial, dependiente de otra afeccion, tal como una enfermedad del útero, del ovario ó del tejido celular de la fosa iliaca, y así no puede considerársela como una verdadera cistitis. Respecto á la flegmasía de la túnica muscular, no hay la menor prueba de que pueda existir con independencia de la de las otras dos túnicas. Solo vendria, pues, á quedar la division anteriormente indicada, y que consiste en distinguir la cistitis en *superficial* y *profunda;* pero ¿tiene en realidad esta division toda la importancia que se le ha querido dar? Hé aquí lo que ciertamente no se ha demostrado, porque, como dice Boyer (1), «es preciso observar que en la cistitis la membrana mucosa participa mas ó menos de la inflamacion, y que en el catarro de la vejiga agudo y muy intenso se hallan tambien mas ó menos inflamadas las otras membranas de esta víscera.

Sin embargo, de alguna utilidad puede ser el hacer aquí la distincion anatómica de cistitis *catarral* y *exudativa*, que dejamos ya hecha en otra parte, tomándola de los autores alemanes, y que está legítimamente fundada en el cuadro sintomático de la enfermedad. La primera está caracterizada, en lo que se refiere al proceso morboso, á un movimiento epitelial exagerado y á una secrecion anormal de líquidos mucosos; la segunda por la produccion de pus formando abscesos en el tejido celular submucoso, falsas membranas y ulceraciones. La primera forma es la de la cistitis crónica, conservándose con cla-

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. IV: *De l'inflammation de la vessie.*

ridad el hecho legítimo, la expresion del catarro de la vejiga, por la cual se designa habitualmente esta enfermedad.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Para nosotros la cistitis es toda inflamacion de la vejiga, cualesquiera que sean su violencia y profundidad, y solo haremos notar que en esta enfermedad, lo mismo que en la inflamacion de la laringe, de la faringe etc., puede tener la afeccion muy diversa intensidad, segun los casos, y que el grado de esta intensidad corresponde en general á una extension mas ó menos considerable de la flegmasía. El nombre de *catarro de la vejiga* no cuadra mejor á esta enfermedad que el de catarro pulmonar á la inflamacion de los bronquios, y como basta la distincion que dejamos hecha para evitar toda indecision acerca de este punto, se puede suprimir fácilmente esta voz catarro, que ya ha envejecido.

A pesar de la solucion categórica de Valleix, es indudable que la intensidad de la enfermedad depende de la naturaleza de las lesiones anatómicas, y que la cistitis exudativa limitada puede ser mas grave que la catarral generalizada; comprendiéndola en el sentido que le hemos dado mas arriba, que por mas que haya envejecido merece ser conservado. No tenemos necesidad de hacer notar que la palabra *catarro* no se emplea en este caso en el sentido etiológico que le dió el profesor Fuster (de Montpellier).

Se han dado á esta enfermedad los nombres de *cistitis ligera* ó *intensa*, de *cisticia* (Souvages), *cistiflogia* (Meyzerey), etc., y se han aplicado estas últimas denominaciones á la inflamacion profunda.

Hemos dicho antes de ahora que es muy raro observar la cistitis aguda desarrollada expontáneamente y sin causa traumática, siendo tal esta rareza, que muchos médicos nunca han tenido ocasion de tratar esta enfermedad. Por el contrario, todos saben cuán frecuente es la cistitis cuando hay cuerpos extraños en el interior del órgano, que irritan contínuamente sus paredes; pero volvemos á repetir que los casos de este género deben estudiarse en las obras de cirugía.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—Las causas predisponentes de la cistitis aguda expontánea están envueltas en la mayor oscuridad, y la que se halla mejor comprobada entre todas ellas es la influencia de la *edad madura*.

El doctor Reiseberg (1) ha citado un caso de cistitis en un niño de once meses, á consecuencia de *convulsiones;* pero como se le habia

(1) Reiseberg, *Preussiche Zeitung*, n.° 10, 1840.

aplicado un vejigatorio, es mas probable que resultase la cistitis de esta aplicacion.

Respecto á las demás causas, tales como la influencia del *sexo*, del *temperamento*, de la *atmósfera*, de la *higiene*, etc., no tenemos ningun dato positivo. Es verdad que se ha dicho que una *constitucion robusta* y un *temperamento sanguíneo* predisponen á la inflamacion de la vejiga; pero estas no pasan de aserciones que carecen de pruebas que las apoyen.

2.° *Causas ocasionales.*—Si separamos á un lado las *violencias esteriores* y la accion de los *cuerpos extraños* sobre la vejiga, solo nos queda un corto número de causas ocasionales, cuyo modo de obrar esté bien determinado; pero antes de indicarlas debo hacer una escepcion respecto á una causa traumática especial: hablo de las *contusiones en la region hipogástrica*, porque en efecto se ha observado á veces el desarrollo de la cistitis á consecuencia de una compresion violenta de esta parte, sin que hubiese herida alguna interna ni esterna; pero estos hechos son sumamente raros.

Entre las demás causas ocasionales hallamos primeramente la accion de las *cantáridas* sobre la vejiga. En los experimentos que se han hecho para estudiar los envenenamientos, y en los casos en que se ha podido practicar la autopsia de los que han sucumbido por la intoxicacion por esta sustancia, se ha hallado una inflamacion de todas las partes de las vias urinarias, y especialmente de la vejiga, inflamacion á veces muy profunda.

Algunas veces se ha atribuido á la accion de los *diuréticos*, y hasta de las cantáridas, las flegmasías renales que han aparecido en afecciones febriles de larga duracion, y que se habian desarrollado evidentemente bajo la influencia de la fiebre. Esto es lo que sucede principalmente cuando se hallan vestigios de la inflamacion de la vejiga en sugetos á quienes se habian puesto uno ó muchos *vejigatorios;* otras veces, por el contrario, pasa enteramente desapercibida la accion de esta causa, por lo comun tan poderosa. Puede verse, apropósito de esto, un caso que publica Ambrosio Pareo (1), y en el cual la simple aplicacion de un vejigatorio á la cara para hacer desaparecer una afeccion de la piel, ha producido una cistitis sumamente intensa.

Morel Lavallée (2) ha citado tambien un gran número de observaciones, en las cuales la aplicacion de los vejigatorios ha producido una cistitis *con formacion de falsas membranas*, por lo comun muy numerosas. A esta cistitis se le ha dado el nombre de *cantaridiana.*

¿Pueden los diversos *diuréticos* producir el mismo efecto? Dados á dósis considerable y por mucho tiempo fatigan extraordinariamente

(1) Ambroise Paré, *Œuvres complètes*, edicion publicada por J. F. Malgaigne, Paris, 1840, t. III, p. 328.

(2) Morel-Lavallée, véase *Comptes rendus de l'Académie des sciences.—Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1847, t. XII, p. 744, 779 y 812.

la vejiga, y producen los síntomas de la inflamacion; pero es muy raro que estos accidentes lleguen á adquirir grande intensidad, á no ser que haya envenenamiento.

Solo cito como recuerdo la *supresion de los diversos flujos* ó de los *exantemas*, la *retropulsion de la gota*, etc.

Extension de una inflamacion próxima al receptáculo urinario.— Esta propagacion se observa especialmente en los casos de *blenorragia intensa*, y así Vidal de Casis ha visto en el hospital de Lourcine una *vaginitis violenta*, á la que se ha agregado muy pronto una cistitis (1). En cuanto á la *inflamacion del útero*, del *recto* y del *peritoneo*, ya es mucho mas raro observar que se extienda á mas partes de la vejiga, que á su superficie peritoneal, y si se ha creido con bastante frecuencia lo contrario durante la vida, es porque se han tomado por dolores que tienen su asiento principal en las paredes vexicales, los dolores causados por la traccion que experimentan las partes inmediatas, afectadas de flogosis, al contraerse la vejiga.

Se ha observado tambien la cistitis aguda á consecuencia de *resfriamientos bruscos*, de *excesos* alcohólicos ó del abuso del cóito; la equitacion prolongada la determina en algunas circunstancias en los ginetes de profesion.

Es preciso convenir que en ciertos casos puede desarrollarse la cistitis, lo mismo que todas las demás inflamaciones expontáneas, *sin que sea posible descubrir la causa*.

Segun Civiale (2), hay dos órdenes de causas distintas, las unas obran directamente sobre la vejiga, y en este caso la cistitis no está complicada con ninguna otra enfermedad, y su marcha es franca; y las otras dependen de un estado general mórbido de todo el organismo, que determina una tendencia en todas las mucosas á inflamarse, siendo entonces la cistitis consecutiva ó sintomática. Es preciso tambien reconocer los casos en que la cistitis es producida por las causas siguientes: distension considerable de la vejiga por la orina, presencia de un cuerpo extraño, maniobra operatoria, lesion de la matriz ó del recto.

En fin, la cistitis aguda sobreviene frcuentemente en el curso de un catarro de la vejiga.

§ III.—Síntomas.

Invasion.—Es muy raro que la cistitis expontánea aguda empiece por un movimiento febril un poco notable; porque en efecto, los síntomas que anuncian que se declara la cistitis, son casi siempre un conato mas frecuente de expeler la orina, cierta incomodidad y un poco de dolor sordo en el estado de plenitud de la vejiga, y por

(1) Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, 5.ª edicion. Paris, 1860, t. V.
(2) Civiale, *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires*. Paris, 1860, t. III.

último, un dolor ligero en las últimas contracciones de este órgano. Estos síntomas locales se perciben inmediatamente por detrás y por debajo del púbis, lo cual depende de que la cistitis aguda que nos ocupa casi siempre es el resultado de la extension de una blenorragia, y el primero que se inflama es el cuello de la vejiga. Sin embargo, hay casos en que la afeccion se anuncia por escalofrios, gran sensibilidad al frio, y finalmente, por calor y elevacion del pulso acompañados simplemente de una incomodidad hácia el perineo, y á veces en toda la pélvis. Estos signos indican que la enfermedad debe ser bastante intensa, y han existido en el sugeto de que he hablado antes de ahora.

Síntomas.—Varían tanto los síntomas respecto á su intensidad en los diversos casos, que es absolutamente necesario describir por separado la cistitis leve y la intensa, lo mismo que hemos hecho en la laringitis.

1.° *Cistitis leve.*—Casi los únicos síntomas que se presentan á la observacion, son: un simple *estorbo ó incomodidad en la region hipogástrica*; las *contracciones vesicales* son un poco dolorosas en el acto de escretar la orina; hay *conato de orinar provocado por una corta cantidad de líquido*, de donde resulta su *expulsion frecuente, sensibilidad á la presion en el hipogástrio*, y un estado de *inquietud*, de *ansiedad* y de *irritacion* que experimenta el enfermo. A estos síntomas se deben agregar los que resultan del *exámen de la orina*, que tienen un gran valor. Es raro que este líquido salga muy colorado en la cistitis leve de que nos estamos ocupando; pero no tarda en contener cierta cantidad de *moco* ó de *moco-pus*, cuya existencia importa mucho comprobar. Nos limitamos á consignar aquí este hecho, porque al describir la pielitis hemos indicado ya los caractéres de la orina en circunstancias enteramente semejantes.

Por lo comun este estado de la vejiga no tarda en disiparse, aunque, sin embargo, se le ha visto persistir por bastante tiempo en ciertas blenorragias, participando la inflamacion de la vejiga del carácter rebelde de la flegmasía de la uretra, ó mas bien siendo esta misma extendida á una superficie mayor.

Por lo demás, no se observa en esta enfermedad, sino pasa de este grado, ni fiebre, ni trastorno en las vias digestivas, en una palabra, nada que pruebe que esta afeccion tiende á perder su carácter puramente local.

2.° *Cistitis aguda intensa.*—El *dolor* que tiene su asiento en el hipogástrio siempre es mas ó menos intenso; pero tiene caractéres muy distintos, segun que la vejiga se halle en reposo ó se contraiga. En el primer caso, experimenta el enfermo una *sensacion de tension dolorosa* detrás del púbis, hácia el recto, en las íngles y á veces hasta en los lomos. Algunos sugetos se quejan de un *prurito en el conducto urinario* y en el *ano*; en general en todas las partes contenidas en la pélvis hay un dolor sordo y contínuo. Cuando la vejiga

Lebert (1) observó una cistitis en un individuo que padecia un reblandecimiento cerebral, debiéndose esta complicacion á la retencion de la orina, accidente que no es raro en los dementes.

Civiale (2) hace notar con razon, que rara vez el catarro vexical es idiopático, resultando ordinariamente de un gran número de estados mórbidos del aparato urinario y de los órganos próximos. Este autor pasa revista y expone con detencion las diferentes variedades del catarro vexical, que son: 1.°, por un estado neurálgico de la uretra y del cuello de la vejiga; 2.°, por retracciones orgánicas ó por la induracion de las paredes de la uretra; 3.°, enfermedades de la próstata y del cuello de la vejiga; 4.°, consecutivo á enfermedades de los órganos genitales; 5.°, producido por tumores fungosos ú otros de la vejiga; 6.°, cálculos urinarios; 7.°, exceso ó defecto de la contractibilidad de las paredes vexicales; 8.°, causas indirectas generales, diátesis ú otras (gota, reumatismo, supresion de la traspiracion, repercusion de un exantema, bebidas alcohólicas ó excitantes).

§ III.—Síntomas.

Ya hemos dicho antes de ahora que la *invasion* de la cistitis crónica es consecutiva á una cistitis aguda, ó en otros términos, que la primera no es mas que la continuacion de la segunda; pero estos casos son mucho mas raros. Por lo comun empieza la enfermedad sin que los enfermos hagan gran caso de ella, y solo se anuncia este principio por una sensacion incómoda hácia la region hipogástrica, el periné y el recto, y la emision un poco mas frecuente de orina, que no ofrece entonces todavía caractéres bien notables, y que puedan ser apreciados por el enfermo.

Progresando la enfermedad, hé aquí los síntomas que se observan: la *sensacion incómoda* persiste en los puntos que dejamos indicados; las *últimas contracciones* de la vejiga son un poco *dolorosas*, y la *orina se expele con frecuencia* y en *corta cantidad*, sobre todo despues de las comidas.

Si se examina este líquido despues de su emision, no se le observa cambio de *color* bien notable; pero si se ve flotar en él una *nubecilla* mas ó menos espesa, que resulta de cierta cantidad de moco segregado por la superficie inflamada. Al cabo de cierto tiempo este moco se reune en un *depósito* á veces muy abundante, ordinariamente blanco ó de color blanco agrisado, y algunas veces un poco oscuro; y como suele evacuarse este moco con las últimas gotas del líquido, sucede, cuando es un poco abundante, que los enfermos le ven salir de la uretra bajo la forma de una masa filamentosa. Cuando se

(1) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1861, t. II, p. 370.

(2) Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 3.ª edicion. Paris, 1860, t. III, p. 438 y siguientes.

ren incremento los que se habian observado en la invasion en algunos casos. Tales son: la *pérdida del apetito*, la *sed*, que el enfermo se empeña en no mitigar por la razon que acabamos de indicar, y por último, el *estreñimiento*; la *piel* está caliente y halituosa y el pulso desarrollado y frecuente; hay tendencia á *adormecerse*, y sin embargo, el enfermo está casi completamente *privado de sueño* por tener precision de levantarse con tanta frecuencia para orinar. Por último, se observan la *ansiedad*, la *agitacion*, y una especie de *desaliento* que es cada vez mas marcado, segun que se prolonga la enfermedad, pudiendo ir hasta el delirio.

Cualquiera que sea la benignidad de la cistitis, y aunque no sea resultado ni de la presencia de cuerpos extraños (cálculos), ni del paso de instrumentos quirúrgicos, se acompaña casi constantemente de *hipo*, y muy amenudo de vómitos, que sobrevienen cuando la inflamacion se propaga á los uréteres y á la pélvis del riñon.

En las mismas circunstancias se desarrolla la *gangrena de la vejiga*, cuyos síntomas ofrecen necesariamente una gravedad suma; pero conviene igualmente remitir al lector á las obras de cirugía para el estudio de esta lesion importante. Es verdad que debemos á un jóven observador muy distinguido, el doctor Cossy (1), investigaciones interesantes acerca de una *gangrena de la vejiga* que se presenta á veces en la *fiebre tifoidea*; pero esta es tan solo una lesion secundaria, oculta casi completamente por la enfermedad principal, siempre muy grave en tales casos, y de la que tendremos ocasion de hablar al hacer la descripcion de la fiebre tifoidea.

Cuando la cistitis resulta de la accion de las cántaridas, se agregan á los síntomas anteriores algunos fenómenos muy notables, como son el *ardor al orinar*, la *hematuria* y la *satiriasis*; pero estos fenómenos dependen de la excitacion de los órganos genitales y no de la flegmasía de la vejiga, por lo cual deberemos exponerlos con mas detalles al hablar de la descripcion de la *satiriasis*. Tomo I.

En caso hay frecuentemente escrecion de falsas membranas mezcladas con la orina, que son el resultado de la vesicacion producida sobre la mucosa.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

Cualquiera que sea la intensidad de esta afeccion, su *curso* es contínuo. Su *duracion* no nos es conocida de un modo exacto; pero en igualdad de circunstancias es mucho mas larga cuando la enfermedad resulta de la extension de la uretritis blenorrágica, que en cualquier otra circunstancia.

Se han indicado varias y muy diferentes *terminaciones* de la cistitis, y la primera de todas es la *resolucion*. En los casos que prin-

(1) Cossy, *Archives générales de médecine*, 4.ª série, t. III, p. 24.

cipalmente nos ocupamos aquí, esta terminacion puede considerarse como casi constante, y la única que en seguida puede admitirse es el paso al estado crónico, que apenas se observa mas que en los casos de propagacion de la flegmasía uretral á la vejiga; al menos nosotros no conocemos ningun hecho auténtico que se separe de esta regla, y así cuando se ha hablado de terminacion por *induracion*, por *gangrena* y por *supuracion*, casi siempre se han tenido á la vista casos en que la enfermedad se habia desarrollado, ó á consecuencia de una afeccion grave de un punto inmediato, ó de resultas de una operacion, ó por cálculos; casos, en una palabra, que interesan especialmente al cirujano.

Cuando la cistitis aguda intensa no puede atajarse en su marcha, adquiere rápidamente gran gravedad, en relacion esta con el tiempo que haya sido precedida de una flegmasía crónica, y la muerte es ordinariamente la consecuencia (véanse los Tratados de cirujía). La cistitis, resultado de causas accidentales, como un resfriamiento brusco, un exceso de bebidas alcohólicas, presenta en general poca gravedad, y cura rápidamente. «La cistitis aguda, dice Civiale, desarrollada durante el curso de las lesiones diversas del aparato urinario tiene una gravedad proporcionada al grado de antigüedad, naturaleza, extension de estas lesiones, causa que la determina, estado del sugetó, complicaciones que sobrevienen y sobre todo á la manera como ya ha sido tratada.» Estas reflexiones generales son insuficientes, si el médico desconoce todas las variedades de la enfermedad, así es que consideramos útil recomendar al lector los Tratados especiales.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Segun lo que acabamos de decir es preciso separar á un lado las lesiones graves consecutivas á las afecciones quirúrgicas.

Las que ocasiona la cistitis expontánea han podido estudiarse en los casos en que la inflamacion de la vejiga ha aparecido como lesion secundaria; tales son el reblandecimiento, el engrosamiento y la rubicundez de la mucosa, y cuando la enfermedad es mas profunda, las mismas alteraciones de los tejidos subyacentes.

La cistitis aguda es á menudo parcial, comprendiendo únicamente el cuello y los tejidos próximos; el trígono es la parte que la inflacion invade primeramente y con mayor intensidad, no porque sea la mas declive, dice Civiali, sino porque es el centro de la vitalidad del órgano.

Respeto á las demás lesiones que han descrito los autores, tales como los *abscesos*, la *gangrena* y la *induracion*, apenas debe hacerse mencion de ellas en esta obra.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico de la cistitis aguda expontánea, no ofrece grandes dificultades; sin embargo, en algunos casos se han tomado por verdaderas inflamaciones simples *dolores vesicales*, ya neurálgicos, ya que presentaban un carácter reumático. Los principales caractéres que hacen que se distingan estos dolores de una verdadera cistitis, son la falta de la fiebre y el estado natural de la orina, á no ser que haya complicacion; pero cuando la cistitis es muy ligera no hay fiebre, y el caso se hace entonces mas difícil. En tales casos es preciso estudiar con detencion el curso de la enfermedad; ver si es el resultado de la propagacion de una flegmasía próxima, y sobre todo investigar con cuidado si la orina contiene cierta cantidad de moco ó de moco-pus, lo cual es un carácter importante de la inflamacion.

El conocimiento de los antecedentes del enfermo, su edad y profesion tienen gran importancia para fijar la naturaleza de la enfermedad y para el tratamiento. En caso necesario el cateterismo será el orígen mas seguro de las indicaciones.

Pronóstico.—Resulta de las consideraciones que preceden, que el pronóstico de la cistitis aguda expontánea no ofrece una verdadera gravedad en la gran mayoría de los casos, y que lo peor que puede suceder en ciertas circunstancias es el paso de la afeccion al estado crónico. En los casos en que ha terminado por la muerte no fué la cistitis la que produjo por sí misma la terminacion fatal.

§ VII.—Tratamiento.

El tratamiento de la cistitis aguda expontánea es de los mas simples. Si la afeccion es *ligera* bastan alguna *bebidas emolientes*, los *tópicos de la misma naturaleza*, la *quietud*, y rara vez hay necesidad de algunas *sanguijuelas* en el hipogástrio.

Cuando la flegmasía es *intensa*, y sobre todo cuando está acompañada de fenómenos fébriles marcados, se deben usar medios un poco mas enérgicos. Así se empezará por hacer una ó mas aplicaciones de *sanguijuelas* en bastante número al hipogástrio ó al perineo, y aun en algunos casos habrá precision de recurrir á la *sangría general*; en seguida se recomendarán los *baños generales* mas ó menos prolongados, y los baños de asiento emolientes. Se han recomendado tambien las lavativas *oleosas* y *mucilaginosas*.

La intensidad de los dolores parece indican positivamente el uso de los narcóticos, y en particular del *opio*. Pero si hemos de creer á Boyer, no se debe prescribir este medicamento hasta haber calmado la inflamacion, y no sabemos en qué se funda semejante asercion. En el caso que he podido observar, y que dejo citado, el uso del opio á la dósis de 5 centígramos (1 grano) al dia, aun en lo mas intenso de

la enfermedad, tuvo la gran ventaja de calmar los dolores y de hacer menos frecuente la necesidad de orinar, sin producir mas que un ligero adormecimiento y sin prolongar de modo alguno la enfermedad.

Cuando la afeccion es consecutiva al envenenamiento por las cantáridas, se asocian á los anteriores medios el uso de cortas dósis de *alcanfor* al interior y de *fricciones alcanforadas* al hipogástrio.

ARTÍCULO III.

CISTITIS CRÓNICA.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La cistitis crónica es la inflamacion de la vejiga, cualquiera que sea la profundidad de los tejidos afectados.

A esta afeccion es á la que principalmente se ha designado con el nombre de *catarro de la vejiga*, y los documentos que poseemos acerca de ella son casi tan vagos como los que nos han servido para trazar la historia de la cistitis aguda, aun cuando la inflamacion crónica de la vejiga es incomparablemente mas *frecuente* que la aguda.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—Todos los autores están conformes en que los *hombres* padecen el catarro vesical con mas frecuencia que las mujeres, y en efecto, la experiencia diaria confirma esta asercion.

No es menos evidente la influencia de la *edad*, y así el mayor número de inflamaciones crónicas de la vejiga se observan en la vejez, lo cual se explica fácilmente por las diversas enfermedades de las vias urinarias que ocasionan esta afeccion, y á las cuales están con especialidad expuestos los ancianos. Es muy raro que exista el catarro vesical en una edad poco avanzada, sin que haya una causa determinante bien conocida, al paso que en la vejez, además de los casos que acabamos de indicar, se hallan otros muchos en los cuales parece que la cistitis crónica se ha desarrollado expontáneamente. Así, pues, la proporcion de los casos es muy diferente, bajo todos conceptos, en las diferentes edades.

En vano seria buscar en los diversos *temperamentos* y en la *constitucion* de los individuos una causa bien comprobada de cistitis crónica. En cuanto á la *habitacion*, á la *profesion*, á las *estaciones* y *climas*, es muy probable que todas estas circunstancias ejerzan cierta influencia en el desarrollo de esta enfermedad; pero como no se ha hecho ningun trabajo exacto acerca de este punto, solo podemos for-

ARTÍCULO II.

CISTITIS AGUDA.

En este artículo nos ocuparemos casi exclusivamente de la inflamacion de la vejiga, que no depende, ni de una causa traumática, ni dela presencia de cuerpos extraños, que tan frecuentemente se hallan en este órgano. La cistitis producida por estas causas debe pertenecer á la cirugía, porque ellas son por sí mismas lo mas importante que tiene esta afeccion.

Se ha querido distinguir en la cistitis aguda una inflamacion superficial, que apenas interese mas que la mucosa, y otra profunda, que ocupe la pared entera, habiéndose dado á la primera el nombre de *catarro vexical agudo*, y á la segunda el de *cistitis propiamente dicha*. Hasta se ha llegado á proponer el distinguirlas en *cistitis peritoneal*, *cistitis muscular* y *cistitis mucosa*, y finalmente en *cistitis general* ó *cistitis profunda;* pero pronto ha habido que abandonar semejante division, que no podia admitirse sin confundir un gran número de cosas muy diferentes. No hay duda que se puede presentar una inflamacion de la parte del peritoneo que cubre la vejiga, pero esta inflamacion solo puede corresponder á una peritonitis general ó parcial, dependiente de otra afeccion, tal como una enfermedad del útero, del ovario ó del tejido celular de la fosa ilíaca, y así no puede considerársela como una verdadera cistitis. Respecto á la flegmasía de la túnica muscular, no hay la menor prueba de que pueda existir con independencia de la de las otras dos túnicas. Solo vendria, pues, á quedar la division anteriormente indicada, y que consiste en distinguir la cistitis en *superficial* y *profunda;* pero ¿tiene en realidad esta division toda la importancia que se le ha querido dar? Hé aquí lo que ciertamente no se ha demostrado, porque, como dice Boyer (1), «es preciso observar que en la cistitis la membrana mucosa participa mas ó menos de la inflamacion, y que en el catarro de la vejiga agudo y muy intenso se hallan tambien mas ó menos inflamadas las otras membranas de esta víscera.

Sin embargo, de alguna utilidad puede ser el hacer aquí la distincion anatómica de cistitis *catarral* y *exudativa*, que dejamos ya hecha en otra parte, tomándola de los autores alemanes, y que está legítimamente fundada en el cuadro sintomático de la enfermedad. La primera está caracterizada, en lo que se refiere al proceso morboso, á un movimiento epitelial exagerado y á una secrecion anormal de líquidos mucosos; la segunda por la produccion de pus formando abscesos en el tejido celular submucoso, falsas membranas y ulceraciones. La primera forma es la de la cistitis crónica, conservándose con cla-

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. IV: *De l'inflammation de la vessie.*

ridad el hecho legítimo, la expresion del catarro de la vejiga, por la cual se designa habitualmente esta enfermedad.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Para nosotros la cistitis es toda inflamacion de la vejiga, cualesquiera que sean su violencia y profundidad, y solo haremos notar que en esta enfermedad, lo mismo que en la inflamacion de la laringe, de la faringe etc., puede tener la afeccion muy diversa intensidad, segun los casos, y que el grado de esta intensidad corresponde en general á una extension mas ó menos considerable de la flegmasía. El nombre de *catarro de la vejiga* no cuadra mejor á esta enfermedad que el de catarro pulmonar á la inflamacion de los bronquios, y como basta la distincion que dejamos hecha para evitar toda indecision acerca de este punto, se puede suprimir fácilmente esta voz catarro, que ya ha envejecido.

A pesar de la solucion categórica de Valleix, es indudable que la intensidad de la enfermedad depende de la naturaleza de las lesiones anatómicas, y que la cistitis exudativa limitada puede ser mas grave que la catarral generalizada; comprendiéndola en el sentido que le hemos dado mas arriba, que por mas que haya envejecido merece ser conservado. No tenemos necesidad de hacer notar que la palabra *catarro* no se emplea en este caso en el sentido etiológico que le dió el profesor Fuster (de Montpellier).

Se han dado á esta enfermedad los nombres de *cistitis ligera ó intensa*, de *cisticia* (Souvages), *cistiflogia* (Meyzerey), etc., y se han aplicado estas últimas denominaciones á la inflamacion profunda.

Hemos dicho antes de ahora que es muy raro observar la cistitis aguda desarrollada expontáneamente y sin causa traumática, siendo tal esta rareza, que muchos médicos nunca han tenido ocasion de tratar esta enfermedad. Por el contrario, todos saben cuán frecuente es la cistitis cuando hay cuerpos extraños en el interior del órgano, que irritan contínuamente sus paredes; pero volvemos á repetir que los casos de este género deben estudiarse en las obras de cirugía.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes*.—Las causas predisponentes de la cistitis aguda expontánea están envueltas en la mayor oscuridad, y la que se halla mejor comprobada entre todas ellas es la influencia de la *edad madura*.

El doctor Reiseberg (1) ha citado un caso de cistitis en un niño de once meses, á consecuencia de *convulsiones;* pero como se le habia

(1) Reiseberg, *Preussiche Zeitung*, n.° 10, 1840.

aplicado un vejigatorio, es mas probable que resultase la cistitis de esta aplicacion.

Respecto á las demás causas, tales como la influencia del sexo, del *temperamento*, de la *atmósfera*, de la *higiene*, etc., no tenemos ningun dato positivo. Es verdad que se ha dicho que una *constitucion robusta* y un *temperamento sanguíneo* predisponen á la inflamacion de la vejiga; pero estas no pasan de aserciones que carecen de pruebas que las apoyen.

2.° *Causas ocasionales.*—Si separamos á un lado las *violencias exteriores* y la accion de los *cuerpos extraños* sobre la vejiga, solo nos queda un corto número de causas ocasionales, cuyo modo de obrar esté bien determinado; pero antes de indicarlas debo hacer una excepcion respecto á una causa traumática especial: hablo de las *contusiones en la region hipogástrica*, porque en efecto se ha observado á veces el desarrollo de la cistitis á consecuencia de una compresion violenta de esta parte, sin que hubiese herida alguna interna ni externa; pero estos hechos son sumamente raros.

Entre las demás causas ocasionales hallamos primeramente la accion de las *cantáridas* sobre la vejiga. En los experimentos que se han hecho para estudiar los envenenamientos, y en los casos en que se ha podido practicar la autopsia de los que han sucumbido por la intoxicacion por esta sustancia, se ha hallado una inflamacion de todas las partes de las vias urinarias, y especialmente de la vejiga, inflamacion á veces muy profunda.

Algunas veces se ha atribuido á la accion de los *diuréticos*, y hasta de las cantáridas, las flegmasías renales que han aparecido en afecciones febriles de larga duracion, y que se habian desarrollado evidentemente bajo la influencia de la fiebre. Esto es lo que sucede principalmente cuando se hallan vestigios de la inflamacion de la vejiga en sugetos á quienes se habian puesto uno ó muchos *vejigatorios;* otras veces, por el contrario, pasa enteramente desapercibida la accion de esta causa, por lo comun tan poderosa. Puede verse, apropósito de esto, un caso que publica Ambrosio Pareo (1), y en el cual la simple aplicacion de un vejigatorio á la cara para hacer desaparecer una afeccion de la piel, ha producido una cistitis sumamente intensa.

Morel Lavallée (2) ha citado tambien un gran número de observaciones, en las cuales la aplicacion de los vejigatorios ha producido una cistitis *con formacion de falsas membranas*, por lo comun muy numerosas. A esta cistitis se le ha dado el nombre de *cantaridiana*.

¿Pueden los diversos *diuréticos* producir el mismo efecto? Dados á dósis considerable y por mucho tiempo fatigan extraordinariamente

(1) Ambroise Paré, *Œuvres complètes*, edicion publicada por J. F. Malgaigne, Paris, 1840, t. III, p. 328.

(2) Morel-Lavallée, véase *Comptes rendus de l'Académie des sciences.*—*Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1847, t. XII, p. 744, 779 y 812.

la vejiga, y producen los síntomas de la inflamacion; pero es muy raro que estos accidentes lleguen á adquirir grande intensidad, á no ser que haya envenenamiento.

Solo cito como recuerdo la *supresion de los diversos flujos* ó de los *exantemas*, la *retropulsion de la gota*, etc.

Extension de una inflamacion próxima al receptáculo urinario.— Esta propagacion se observa especialmente en los casos de *blenorragia intensa*, y así Vidal de Casis ha visto en el hospital de Lourcine una *vaginitis violenta*, á la que se ha agregado muy pronto una cistitis (1). En cuanto á la *inflamacion del útero*, del *recto* y del *peritoneo*, ya es mucho mas raro observar que se extienda á mas partes de la vejiga, que á su superficie peritoneal, y si se ha creido con bastante frecuencia lo contrario durante la vida, es porque se han tomado por dolores que tienen su asiento principal en las paredes vexicales, los dolores causados por la traccion que experimentan las partes inmediatas, afectadas de flogosis, al contraerse la vejiga.

Se ha observado tambien la cistitis aguda á consecuencia de *resfriamientos bruscos*, de *excesos* alcohólicos ó del abuso del cóito; la equitacion prolongada la determina en algunas circunstancias en los ginetes de profesion.

Es preciso convenir que en ciertos casos puede desarrollarse la cistitis, lo mismo que todas las demás inflamaciones expontáneas, *sin que sea posible descubrir la causa*.

Segun Civiale (2), hay dos órdenes de causas distintas, las unas obran directamente sobre la vejiga, y en este caso la cistitis no está complicada con ninguna otra enfermedad, y su marcha es franca; y las otras dependen de un estado general mórbido de todo el organismo, que determina una tendencia en todas las mucosas á inflamarse, siendo entonces la cistitis consecutiva ó sintomática. Es preciso tambien reconocer los casos en que la cistitis es producida por las causas siguientes: distension considerable de la vejiga por la orina, presencia de un cuerpo extraño, maniobra operatoria, lesion de la matriz ó del recto.

En fin, la cistitis aguda sobreviene frcuentemente en el curso de un catarro de la vejiga.

§ III.—Síntomas.

Invasion.—Es muy raro que la cistitis expontánea aguda empiece por un movimiento febril un poco notable; porque en efecto, los síntomas que anuncian que se declara la cistitis, son casi siempre un conato mas frecuente de expeler la orina, cierta incomodidad y un poco de dolor sordo en el estado de plenitud de la vejiga, y por

(1) Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, 5.ª edicion. Paris, 1860, t. V.

(2) Civiale, *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires*. Paris, 1860, t. III.

último, un dolor ligero en las últimas contracciones de este órgano. Estos síntomas locales se perciben inmediatamente por detrás y por debajo del púbis, lo cual depende de que la cistitis aguda que nos ocupa casi siempre es el resultado de la extension de una blenorragia, y el primero que se inflama es el cuello de la vejiga. Sin embargo, hay casos en que la afeccion se anuncia por escalofrios, gran sensibilidad al frio, y finalmente, por calor y elevacion del pulso acompañados simplemente de una incomodidad hácia el perineo, y á veces en toda la pélvis. Estos signos indican que la enfermedad debe ser bastante intensa, y han existido en el sugeto de que he hablado antes de ahora.

Síntomas.—Varían tanto los síntomas respecto á su intensidad en los diversos casos, que es absolutamente necesario describir por separado la cistitis leve y la intensa, lo mismo que hemos hecho en la laringitis.

1.° *Cistitis leve.*—Casi los únicos síntomas que se presentan á la observacion, son: un simple *estorbo ó incomodidad en la region hipogástrica*; las *contracciones vesicales* son un poco dolorosas en el acto de escretar la orina; hay *conato de orinar provocado por una corta cantidad de líquido*, de donde resulta su *expulsion frecuente*, *sensibilidad á la presion en el hipogástrio*, y un estado de *inquietud*, de *ansiedad* y de *irritacion* que experimenta el enfermo. A estos síntomas se deben agregar los que resultan del *exámen de la orina*, que tienen un gran valor. Es raro que este líquido salga muy colorado en la cistitis leve de que nos estamos ocupando; pero no tarda en contener cierta cantidad de *moco* ó de *moco-pus*, cuya existencia importa mucho comprobar. Nos limitamos á consignar aquí este hecho, porque al describir la pielitis hemos indicado ya los caractéres de la orina en circunstancias enteramente semejantes.

Por lo comun este estado de la vejiga no tarda en disiparse, aunque, sin embargo, se le ha visto persistir por bastante tiempo en ciertas blenorragias, participando la inflamacion de la vejiga del carácter rebelde de la flegmasía de la uretra, ó mas bien siendo esta misma extendida á una superficie mayor.

Por lo demás, no se observa en esta enfermedad, sino pasa de este grado, ni fiebre, ni trastorno en las vias digestivas, en una palabra, nada que pruebe que esta afeccion tiende á perder su carácter puramente local.

2.° *Cistitis aguda intensa.*—El *dolor* que tiene su asiento en el hipogástrio siempre es mas ó menos intenso; pero tiene caractéres muy distintos, segun que la vejiga se halle en reposo ó se contraiga. En el primer caso, experimenta el enfermo una *sensacion de tension dolorosa* detrás del púbis, hácia el recto, en las íngles y á veces hasta en los lomos. Algunos sugetos se quejan de un *prurito en el conducto urinario* y en el *ano*; en general en todas las partes contenidas en la pélvis hay un dolor sordo y contínuo. Cuando la vejiga

se contrae para evacuar la corta cantidad de orina que contiene, el dolor *aumenta mucho* la intensidad, y á veces es excesivo. No siempre se verifica la evacuacion de la orina de un chorro, porque son tan dolorosas las contracciones, que quedan incompletas, especialmente las últimas, que causan los mas vivos dolores, y así es que los enfermos las sienten llegar una ansiedad suma, se encorvan para orinar, ponen sus manos sobre el hipogástrio, en una palabra, tratan de disminuir por todos los medios posibles la intensidad de este dolor.

Este síntoma puede llegar á tal grado de intensidad que resulte lo que se ha llamado *tenesmo vesical*, es decir, un conato casi incesante de expeler el líquido que irrita las paredes de la vejiga inflamadas, y la imposibilidad de satisfacer esta necesidad por no ser posibles las contracciones de la vejiga á causa del dolor. Algunas veces hasta se propaga este tenesmo al recto, de lo que resulta un verdadero *tenesmo intestinal*, lo mismo que en la disentería intensa.

Civiale (1) cree que la presion del hipogástrio es dolorosa y provoca las ganas de orinar, y si el enfermo está flaco se nota detrás del púbis un tumor formado por la vejiga, é introduciendo el dedo en el recto causa tambien dolor. Todos estos síntomas aumentan gradualmente; el hipogástrio se hace mas doloroso á la presion, el tumor mas voluminoso, duro y redondeado, se eleva por encima del púbis, las dificultades para orinar se acentúan mas, hasta el punto de acompañar á la escrecion algunas gotas de orina que salen en medio de grandes esfuerzos y crueles agonías, ardor y tenesmo.»

Hemos dicho que la *emision de la orina es muy frecuente*; y en efecto, la necesidad de su expulsion se hace sentir cada media hora, cada cuarto de hora, y á veces aun con mas frecuencia; y aun cuando el enfermo trate de retardar cuanto le sea posible el momento de la emision, á causa de los sufrimientos que teme, pronto se ve forzado á ceder á la irritacion, siempre en aumento, que ejerce la orina sobre la vejiga. La *cantidad de orina* que sale cada vez es muy corta y á veces solo arroja el enfermo algunas gotas.

La *orina* sale muy encendida, como en todas las afecciones febriles, y queda primero trasparente si la afeccion no depende de ninguna causa traumática. Hácia el fin de la enfermedad presenta un depósito de pus ó de moco-pus que se conoce por los signos ya indicados (véase *Pielitis*.)

La cantidad absoluta de orina es constantemente menor que en el estado normal, y su coloracion debida casi siempre á la sangre que contiene, que algunas veces forma en su mayor parte el líquido (Civiale).

Al mismo tiempo que se observan estos síntomas locales, aparecen *fenómenos generales* muy notables, ó bien continúan y adquie-

(1) Civiale, *Maladies des organes génito-urinaires*, 3.ª edic., Paris, 1860, t. III.

ren incremento los que se habian observado en la invasion en algunos casos. Tales son: la *pérdida del apetito*, la *sed*, que el enfermo se empeña en no mitigar por la razon que acabamos de indicar, y por último, el *estreñimiento*; la *piel* está caliente y halituosa y el pulso desarrollado y frecuente; hay tendencia á *adormecerse*, y sin embargo, el enfermo está casi completamente *privado de sueño* por tener precision de levantarse con tanta frecuencia para orinar. Por último, se observan la *ansiedad*, la *agitacion*, y una especie de *desaliento* que es cada vez mas marcado, segun que se prolonga la enfermedad, pudiendo ir hasta el delirio.

Cualquiera que sea la benignidad de la cistitis, y aunque no sea resultado ni de la presencia de cuerpos extraños (cálculos), ni del paso de instrumentos quirúrgicos, se acompaña casi constantemente de *hipo*, y muy amenudo de vómitos, que sobrevienen cuando la inflamacion se propaga á los uréteres y á la pélvis del riñon.

En las mismas circunstancias se desarrolla la *gangrena de la vejiga*, cuyos síntomas ofrecen necesariamente una gravedad suma; pero conviene igualmente remitir al lector á las obras de cirugía para el estudio de esta lesion importante. Es verdad que debemos á un jóven observador muy distinguido, el doctor Cossy (1), investigaciones interesantes acerca de una *gangrena de la vejiga* que se presenta á veces en la *fiebre tifoidea*; pero esta es tan solo una lesion secundaria, oculta casi completamente por la enfermedad principal, siempre muy grave en tales casos, y de la que tendremos ocasion de hablar al hacer la descripcion de la fiebre tifoidea.

Cuando la cistitis resulta de la accion de las cántaridas, se agregan á los síntomas anteriores algunos fenómenos muy notables, como son el *ardor al orinar*, la *hematuria* y la *satiriasis*; pero estos fenómenos dependen de la excitacion de los órganos genitales y no de la flegmasía de la vejiga, por lo cual deberemos exponerlos con mas detalles al hablar de la descripcion de la *satiriasis*. Tomo I.

En caso hay frecuentemente escrecion de falsas membranas mezcladas con la orina, que son el resultado de la vesicacion producida sobre la mucosa.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

Cualquiera que sea la intensidad de esta afeccion, su *curso* es contínuo. Su *duracion* no nos es conocida de un modo exacto; pero en igualdad de circunstancias es mucho mas larga cuando la enfermedad resulta de la extension de la uretritis blenorrágica, que en cualquier otra circunstancia.

Se han indicado varias y muy diferentes *terminaciones* de la cistitis, y la primera de todas es la *resolucion*. En los casos que prin-

(1) Cossy, *Archives générales de médecine*, 4.ª série, t. III, p. 24.

cipalmente nos ocupamos aquí, esta terminacion puede considerarse como casi constante, y la única que en seguida puede admitirse es el paso al estado crónico, que apenas se observa mas que en los casos de propagacion de la flegmasía uretral á la vejiga; al menos nosotros no conocemos ningun hecho auténtico que se separe de esta regla, y así cuando se ha hablado de terminacion por *induracion*, por *gangrena* y por *supuracion*, casi siempre se han tenido á la vista casos en que la enfermedad se habia desarrollado, ó á consecuencia de una afeccion grave de un punto inmediato, ó de resultas de una operacion, ó por cálculos; casos, en una palabra, que interesan especialmente al cirujano.

Cuando la cistitis aguda intensa no puede atajarse en su marcha, adquiere rápidamente gran gravedad, en relacion esta con el tiempo que haya sido precedida de una flegmasía crónica, y la muerte es ordinariamente la consecuencia (véanse los Tratados de cirujía). La cistitis, resultado de causas accidentales, como un resfriamiento brusco, un exceso de bebidas alcohólicas, presenta en general poca gravedad, y cura rápidamente. «La cistitis aguda, dice Civiale, desarrollada durante el curso de las lesiones diversas del aparato urinario tiene una gravedad proporcionada al grado de antigüedad, naturaleza, extension de estas lesiones, causa que la determina, estado del sugetó, complicaciones que sobrevienen y sobre todo á la manera como ya ha sido tratada.» Estas reflexiones generales son insuficientes, si el médico desconoce todas las variedades de la enfermedad, así es que consideramos útil recomendar al lector los Tratados especiales.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Segun lo que acabamos de decir es preciso separar á un lado las lesiones graves consecutivas á las afecciones quirúrgicas.

Las que ocasiona la cistitis expontánea han podido estudiarse en los casos en que la inflamacion de la vejiga ha aparecido como lesion secundaria; tales son el reblandecimiento, el engrosamiento y la rubicundez de la mucosa, y cuando la enfermedad es mas profunda, las mismas alteraciones de los tejidos subyacentes.

La cistitis aguda es á menudo parcial, comprendiendo únicamente el cuello y los tejidos próximos; el trígono es la parte que la inflacion invade primeramente y con mayor intensidad, no porque sea la mas declive, dice Civiali, sino porque es el centro de la vitalidad del órgano.

Respeto á las demás lesiones que han descrito los autores, tales como los *abscesos*, la *gangrena* y la *induracion*, apenas debe hacerse mencion de ellas en esta obra.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico de la cistitis aguda expontánea, no ofrece grandes dificultades; sin embargo, en algunos casos se han tomado por verdaderas inflamaciones simples *dolores vesicales*, ya neurálgicos, ya que presentaban un carácter reumático. Los principales caractéres que hacen que se distingan estos dolores de una verdadera cistitis, son la falta de la fiebre y el estado natural de la orina, á no ser que haya complicacion; pero cuando la cistitis es muy ligera no hay fiebre, y el caso se hace entonces mas difícil. En tales casos es preciso estudiar con detencion el curso de la enfermedad, ver si es el resultado de la propagacion de una flegmasía próxima, y sobre todo investigar con cuidado si la orina contiene cierta cantidad de moco ó de moco-pus, lo cual es un carácter importante de la inflamacion.

El conocimiento de los antecedentes del enfermo, su edad y profesion tienen gran importancia para fijar la naturaleza de la enfermedad y para el tratamiento. En caso necesario el cateterismo será el orígen mas seguro de las indicaciones.

Pronóstico.—Resulta de las consideraciones que preceden, que el pronóstico de la cistitis aguda expontánea no ofrece una verdadera gravedad en la gran mayoría de los casos, y que lo peor que puede suceder en ciertas circunstancias es el paso de la afeccion al estado crónico. En los casos en que ha terminado por la muerte no fué la cistitis la que produjo por sí misma la terminacion fatal.

§ VII.—Tratamiento.

El tratamiento de la cistitis aguda expontánea es de los mas simples. Si la afeccion es *ligera* bastan alguna *bebidas emolientes*, los *tópicos de la misma naturaleza*, la *quietud*, y rara vez hay necesidad de algunas *sanguijuelas* en el hipogástrio.

Cuando la flegmasía es *intensa*, y sobre todo cuando está acompañada de fenómenos fébriles marcados, se deben usar medios un poco mas enérgicos. Así se empezará por hacer una ó mas aplicaciones de *sanguijuelas* en bastante número al hipogástrio ó al perineo, y aun en algunos casos habrá precision de recurrir á la *sangría general*; en seguida se recomendarán los *baños generales* mas ó menos prolongados, y los baños de asiento emolientes. Se han recomendado tambien las lavativas *oleosas* y *mucilaginosas*.

La intensidad de los dolores parece indican positivamente el uso de los narcóticos, y en particular del *opio*. Pero si hemos de creer á Boyer, no se debe prescribir este medicamento hasta haber calmado la inflamacion, y no sabemos en qué se funda semejante asercion. En el caso que he podido observar, y que dejo citado, el uso del opio á la dósis de 5 centígramos (1 grano) al dia, aun en lo mas intenso de

la enfermedad, tuvo la gran ventaja de calmar los dolores y de hacer menos frecuente la necesidad de orinar, sin producir mas que un ligero adormecimiento y sin prolongar de modo alguno la enfermedad.

Cuando la afeccion es consecutiva al envenenamiento por las cantáridas, se asocian á los anteriores medios el uso de cortas dósis de *alcanfor* al interior y de *fricciones alcanforadas* al hipogástrio.

ARTÍCULO III.

CISTITIS CRÓNICA.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La cistitis crónica es la inflamacion de la vejiga, cualquiera que sea la profundidad de los tejidos afectados.

A esta afeccion es á la que principalmente se ha designado con el nombre de *catarro de la vejiga*, y los documentos que poseemos acerca de ella son casi tan vagos como los que nos han servido para trazar la historia de la cistitis aguda, aun cuando la inflamacion crónica de la vejiga es incomparablemente mas *frecuente* que la aguda.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—Todos los autores están conformes en que los *hombres* padecen el catarro vesical con mas frecuencia que las mujeres, y en efecto, la experiencia diaria confirma esta asercion.

No es menos evidente la influencia de la *edad*, y así el mayor número de inflamaciones crónicas de la vejiga se observan en la vejez, lo cual se explica fácilmente por las diversas enfermedades de las vias urinarias que ocasionan esta afeccion, y á las cuales están con especialidad expuestos los ancianos. Es muy raro que exista el catarro vesical en una edad poco avanzada, sin que haya una causa determinante bien conocida, al paso que en la vejez, además de los casos que acabamos de indicar, se hallan otros muchos en los cuales parece que la cistitis crónica se ha desarrollado expontáneamente. Así, pues, la proporcion de los casos es muy diferente, bajo todos conceptos, en las diferentes edades.

En vano seria buscar en los diversos *temperamentos* y en la *constitucion* de los individuos una causa bien comprobada de cistitis crónica. En cuanto á la *habitacion*, á la *profesion*, á las *estaciones* y *climas*, es muy probable que todas estas circunstancias ejerzan cierta influencia en el desarrollo de esta enfermedad; pero como no se ha hecho ningun trabajo exacto acerca de este punto, solo podemos for-

mar simples conjeturas. Sin embargo, todos convienen en que las profesiones sedentarias, las que exigen una gran preocupacion de ánimo, y por consecuencia un olvido frecuente de las necesidades naturales, los climas frios y húmedos, y el habitar en parajes mal ventilados, son condiciones que favorecen el desarrollo de esta afeccion.

Se han colocado tambien, y con razon, entre las causas predisponentes de la cistitis crónica las *estrecheces de la uretra* y los *infartos de la próstata* que dificultan la emision de la orina; la vejiga, distendida entonces por mucho tiempo, concluye por inflamarse de un modo crónico. No obstante, quizá seria mas conveniente colocar esta causa entre las determinantes, en razon á que basta por sí sola para producir la enfermedad aunque de un modo lento.

Finalmente se ha llegado hasta citar la *herencia*; pero los hechos que se alegan en favor de esta opinion son completamente insuficientes.

2.° *Causas ocasionales.*—Entre las causas ocasionales volvemos á hallar un gran número de las que se han dado como productoras de la cistitis aguda, tales como la influencia del *frio*, la *extension de una inflamacion* crónica de la uretra á la vejiga, el *abuso de los diuréticos*, de los *litontrípticos*, etc.

A estas causas debemos añadir algunas otras que ha indicado el profesor Lallemand (1), aunque con otro objeto. Entre las observaciones que cita este autor hallamos un gran número que presentan todos los síntomas de la cistitis crónica, sin que aparezca mas causa de la enfermedad que los *excesos venéreos*, la *masturbacion*, las *ascárides en el recto*, en una palabra, las causas que ha referido Lallemand como productoras de la espermatorrea, y que, ya sea de un modo directo, ó ya indirectamente, lo cual examinaremos en uno de los artículos siguientes, dan orígen á la inflamacion crónica de la vejiga.

Causas determinantes.—De todas las causas determinantes, aquellas cuya existencia es mas evidente son la accion de los *cuerpos extraños sobre la vejiga*, y las *violencias* qué resultan de ciertas maniobras operatorias repetidas con mas ó menos frecuencia; pero la afeccion es en tales casos del dominio de la cirujía, porque no es mas que la consecuencia de una enfermedad quirúrgica mucho mas importante. Hay tambien casos en que sobreviniendo una parálisis dependiente de una *lesion de la médula*, adquiere el líquido un olor amoniacal y se enturbia. Segun el doctor Segalas (2), se desarrolla entonces una inflamacion catarral de la vejiga, una cistitis crónica causada, ya sea por la *retencion del líquido*, ya por la *accion de la sonda*.

(1) Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*.
(2) Segalas, *Des lésions traumatiques de la moelle épinière, considérées sous le rapport de leur influence sur les fonctions des organes génito-urinaires (Bulletin de l'Académie de méd.*, 1843-1844, t. IX, p. 1113).

Lebert (1) observó una cistitis en un individuo que padecia un reblandecimiento cerebral, debiéndose esta complicacion á la retencion de la orina, accidente que no es raro en los dementes.

Civiale (2) hace notar con razon, que rara vez el catarro vexical es idiopático, resultando ordinariamente de un gran número de estados mórbidos del aparato urinario y de los órganos próximos. Este autor pasa revista y expone con detencion las diferentes variedades del catarro vexical, que son: 1.°, por un estado neurálgico de la uretra y del cuello de la vejiga; 2.°, por retracciones orgánicas ó por la induracion de las paredes de la uretra; 3.°, enfermedades de la próstata y del cuello de la vejiga; 4.°, consecutivo á enfermedades de los órganos genitales; 5.°, producido por tumores fungosos ú otros de la vejiga; 6.°, cálculos urinarios; 7.°, exceso ó defecto de la contractibilidad de las paredes vexicales; 8.°, causas indirectas generales, diátesis ú otras (gota, reumatismo, supresion de la traspiracion, repercusion de un exantema, bebidas alcohólicas ó excitantes).

§ III.—Síntomas.

Ya hemos dicho antes de ahora que la *invasion* de la cistitis crónica es consecutiva á una cistitis aguda, ó en otros términos, que la primera no es mas que la continuacion de la segunda; pero estos casos son mucho mas raros. Por lo comun empieza la enfermedad sin que los enfermos hagan gran caso de ella, y solo se anuncia este principio por una sensacion incómoda hácia la region hipogástrica, el periné y el recto, y la emision un poco mas frecuente de orina, que no ofrece entonces todavía caractéres bien notables, y que puedan ser apreciados por el enfermo.

Progresando la enfermedad, hé aquí los síntomas que se observan: la *sensacion incómoda* persiste en los puntos que dejamos indicados; las *últimas contracciones* de la vejiga son un poco *dolorosas*, y la *orina se expele con frecuencia* y en *corta cantidad*, sobre todo despues de las comidas.

Si se examina este líquido despues de su emision, no se le observa cambio de *color* bien notable; pero si se ve flotar en él una *nubecilla* mas ó menos espesa, que resulta de cierta cantidad de moco segregado por la superficie inflamada. Al cabo de cierto tiempo este moco se reune en un *depósito* á veces muy abundante, ordinariamente blanco ó de color blanco agrisado, y algunas veces un poco oscuro; y como suele evacuarse este moco con las últimas gotas del líquido, sucede, cuando es un poco abundante, que los enfermos le ven salir de la uretra bajo la forma de una masa filamentosa. Cuando se

(1) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1861, t. II, p. 370.

(2) Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 3.ª edicion. Paris, 1860, t. III, p. 438 y siguientes.

deja enfriar la orina en un vaso, se nota que adquiere rápidamente el *olor amoniacal.*

«A las veinticuatro ó treinta y seis horas, dice Vidal de Cassis (1), se verifica en la masa profunda (el depósito mucoso) un *desprendimiento de gas*, que haciendo menor su peso específico, permite que sobrenade una parte de ella. Este humor mucoso es el mismo que se observa en las demás afecciones catarrales: su cantidad varía, segun muchas circunstancias; disminuye si la enfermedad aumenta de agudeza, y al mismo tiempo se hace menos viscoso. Dupuytren decia entonces que el catarro era purulento, y es notable que el enfermo sufria menos cuando se presentaba esta forma. En el estado crónico, el moco tiene mucha analogía con la clara de huevo, solo que es un poco mas lechoso.»

A veces, en lugar de salir el moco al fin de la emision de la orina, sale al principio. El enfermo empieza haciendo esfuerzos que parecen infructuosos, ó que solo producen la expulsion de algunas gotas de orina, y en seguida se escapa una masa viscosa, que tiene cierta semejanza con una hidátide prolongada, y luego sale un chorro grueso de orina.

Hallamos en el libro de Beale (2) una explicacion de esta apariencia de mucus vexical en la cistitis crónica; frecuentemente esta materia filamentosa no es precisamente del moco, sino del *pus* alterado por la accion del carbonato de amoniaco, debido á la descomposicion de la úrea en la vejiga en presencia de una materia animal, obrando como fermento. Esta orina es muy alcalina, amoniacal, y contiene ordinariamente fosfatos térreos, en particular el *triple fosfato* de cal, amoniaco y de magnesia, que no se halla al contrario en el pus que procede del riñon ó de la pélvis del mismo. Al microscopio se ve este mucus bajo la forma de masas compuestas de cilindros á los de la figura 58.

Esto no impide que en cierta época de la cistitis no contenga la orina verdadero pus, reconocido á simple vista ó por el microscopio, siendo su presencia el indicio de una complicacion flegmonosa, que asienta en las paredes de la vejiga.

La orina no tiene su olor normal por lo comun, y sí una fetidez notable.

Por lo comun no se alteran las *funciones de los demás aparatos* al principio de la enfermedad ni durante cierto tiempo; pero continuando la afeccion, puede entorpecerse la *digestion*, sobrevenir el *extreñimiento*, haber *enflaquecimiento* y caer el enfermo en el *desaliento* y en la *hipocondría*. Cuando la enfermedad depende de la existencia en la vejiga de un cuerpo extraño, aumentan los síntomas, segun que este cuerpo adquiere mayor volúmen.

(1) Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe.* Paris, 1860, 5.ª edicion, t. V.
(2) L. S. Beale, *De l'urine, des dépôts urinaires et des calculs.* Traduccion de Agusto Ollivier y Georges Bergeron. Paris, 1865, p. 343.

Los síntomas generales de la cistitis crónica (catarro vexical) merecen que el médico fije en ellos su atencion, porque es fácil confundir la enfermedad. Por ejemplo, es frecuente que los escalofrios se presenten en la marcha del catarro vexical, y es importante no confundirlos con los que se presentan en la fiebre intermitente. Es un síntoma que puede presentarse en la marcha del catarro vexical, como en todas las enfermedades de las vias urinarias, ya en una simple flegmasía, ya en la uremia por obstáculo en la emision de la orina, y ya por el hecho del traumatismo á que puede dar lugar el cateterismo. En cualquier caso debe evitarse el error y no administrarse el sulfato de quinina, como por ejemplo se hizo en enfermos que tienen necesidad de ser sondados, ni continuar practicando una operacion, como el cateterismo ó la litotricia, á menos de urgencia, en enfermos que presenten accesos de fiebre con frio: estos accesos febriles son en general falsos, aunque algunas veces da un pronóstico fatal. Civiale estudió especialmente la *fiebre uretro vexical* (1).

Una consecuencia afortunadamente rara, pero sin embargo demostrada por los hechos, y que se la puede observar en todas las afecciones inflamatorias del aparato génitourinario, son las *paraplejias*, acerca de las cuales L. Leroy (d'Etiolles) (2) llamó particularmente la atencion. No haremos mas que indicarlas aquí para completar nuestro cuadro, y algunos detalles respecto al modo de producirse y su sintomatología se hallará en el capítulo siguiente, en donde estas noticias estarán mas oportunamente colocadas.

IV.—Curso, duracion y terminacion.

Todavía no se han estudiado estos puntos de un modo satisfactorio, y lo que principalmente impide que se puedan dar indicaciones muy exactas acerca de ellos, es que se han confundido en las descripciones los diversos casos tan desemejantes, que repetidas veces hemos indicado. Por consiguiente todo cuanto se puede decir, es que la cistitis crónica sigue en general un *curso* contínuo, en el que solo se observan algunas mejorías mas ó menos persistentes, y en fin, que la *duracion* puede ser de muchos años, y que con bastante frecuencia se la ve prolongarse hasta la muerte del sugeto ocasionada por otra enfermedad.

La cistitis idiopática, resultado de causas indicadas anteriormente, puede tomar en la mujer reglada, segun Bernadet (3), visos de cronicidad notables, que debe precisamente á la funcion menstrual.

(1) Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*. Paris, 1860, t. III, p. 533.

(2) Raoul Leroy (d'Etiolles), *Des paralysies des membres inferieurs, ou paraplégies*. Paris, 1856. n.° 7.

(3) Bernadet, *Du catarrhe de la vessie chez les femmes reglées*, thèse de Paris, 1865, n.° 7.

«En el momento del trabajo secretor del óvulo, dice el autor, los órganos genitales, la matriz, los ovarios, son el sitio de una circulacion muy abundante. Todos los vasos de la pélvis participan de esta congestion activa, y por lo tanto tambien la vejiga no escapa á su influencia. Así es como únicamente se pueden explicar satisfactoriamente las recaidas constantes y desesperadas verdaderamente, que hacen inútiles todos los esfuerzos terapéuticos empleados.» Las observaciones que citamos en apoyo de esta opinion son, sin embargo, poco numerosas. Una de ellas (obs. IV, pág. 48) parece que tiende á confirmarla.

No se conoce ningun ejemplo auténtico de *terminacion* fatal de la cistitis crónica, á no ser que esta afeccion dependa de lesiones materiales de la vejiga producidas por un cuerpo extraño ó por maniobras fuertes. Solo las enfermedades que pueden sobrevenir son las que adquieren una gravedad mucho mayor por el estado en que han llegado á hallarse los enfermos á consecuencia de los progresos de la cistitis. La terminacion por su curacion es difícil, pero no imposible. Se ha dicho que podia verificarse esta terminacion por metástasis, es decir, que apareciendo otra inflamacion en una mucosa, podia disiparse la cistitis crónica casi instantáneamente; pero por desgracia no han llegado á nuestro conocimiento los hechos en que se apoya esta asercion.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Cuando el sugeto ha sucumbido por otra enfermedad antes de que la cistitis crónica haya podido hacer grandes progresos, no se encuentran lesiones anatómicas bien marcadas, ó cuando mas un simple engrosamiento con un reblandecimiento poco manifiesto y una rubicundez poco intensa de la mucosa. Pero si la enfermedad ha durado por mucho tiempo, esta membrana ha adquirido por lo comun un grosor muy considerable, como igualmente los tejidos subyacentes, y en particular la túnica muscular, que está sumamente hipertrofiada.

Esta hipertrofia de la pared está frecuentemente acompañada de una disminucion mas ó menos grande de la capacidad del órgano. En los casos citados por Lebert la vejiga no tenia mas que 6 centímetros de diámetro de espesor. La figura 109, tomada de Crosse, da una idea de esta doble alteracion.

Entonces se observan en la superficie de la vejiga esas manchas de color rojo oscuro ó apizarrado, que indican una inflamacion antigua.

Son las ulceraciones un estado mas avanzado de estos desórdenes de la mucosa: la figura 110 lo demuestra; estas ulceraciones están algunas veces recubiertas de una exudacion pseudomembranosa, que Lebert (1) ha reconocido con el microscopio, y ha resultado ser una

(1) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*.

sustancia granulosa dictérica; con ó sin ulceraciones la mucosa puede presentar eminencias mamilares de algunos milímetros de altura, vasculares, y cuya superficie está desprovista de epitelio (figu-



Fig. 109.—Hipertrofia de las paredes de la vejiga con disminucion de la capacidad de este órgano. Se ve en *m* el espesor de la pared, y en *n* la configuracion irregular de esta cavidad. (Crosse, fig. 6.)



Fig. 110.—*a* Línea de separacion del cuello y de la superficie vexical. *c* Que es de un color rojo muy oscuro. Las partes tenidas de esta superficie *b b* están recubiertas de una materia terrosa mezclada con linfa plástica adherida á la vejiga. *d d* Dos pequeños abscesos de la próstata, que contienen un depósito calcáreo amorfo. (J. Howship.)

ra 111). Es una especie de principio comun en las alteraciones de la pared vexical, conocido con el nombre de *fungus vexical*, así como un género de hipertrofia, que se ha llamado *vejiga en columnas*.

Al lado de estas manchas equimóticas ó vasculares, sobresalen vexículas ó flictenas y granulaciones, que se extienden á una porcion de la uretra. La mucosa está algunas veces enteramente recubierta de la exudacion pseudo-membranosa, mencionada anteriormente; otras veces presenta chapas aisladas, grisáceas, que son verdaderas escaras producidas por una retencion de orina muy prolongada en los casos de cálculos, ó por la compresion debida á la cabeza del feto en los partos laboriosos.

La supuracion puede tener lugar á continuacion de las inflamaciones violentas de la vejiga. Civiale ha citado dos casos, en los cuales las paredes estaban infiltradas de pus, y otros en los que el pus estaba reunido en focos superficiales ó profundos, que tendian á abrirse tan pronto afuera, tan pronto adentro de la vejiga.



Fig. 111.—Eminencias fungosas, mamelonadas, en diferentes puntos de la vejiga con reblandecimiento de la mucosa (en un viejo). (Civiale, t. III, fig. 14.)



Fig. 112.—Fungus arborescente de la vejiga con hipertrofia del lóbulo medio de la próstata, y aumento de la capacidad vexical. (Civiale, t. III, fig. 9.)

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* de la cistitis crónica es tan fácil como el de la aguda, y los únicos puntos sobre que puede haber duda son los siguientes: saber si la afeccion se ha desarrollado expontáneamente, ó á consecuencia de un cuerpo extraño, ó bien bajo la influencia de otra enfermedad de las vias urinarias, y si la afeccion se limita tan solo á la vejiga, ó si hay complicaciones en los riñones, los uréteres ó la próstata. Pero por una parte ya hemos expuesto en los artículos anteriores los medios que servirán para disipar una porcion de estas dificultades, y por otra este diagnóstico es casi exclusivamente del dominio de la cirujía.

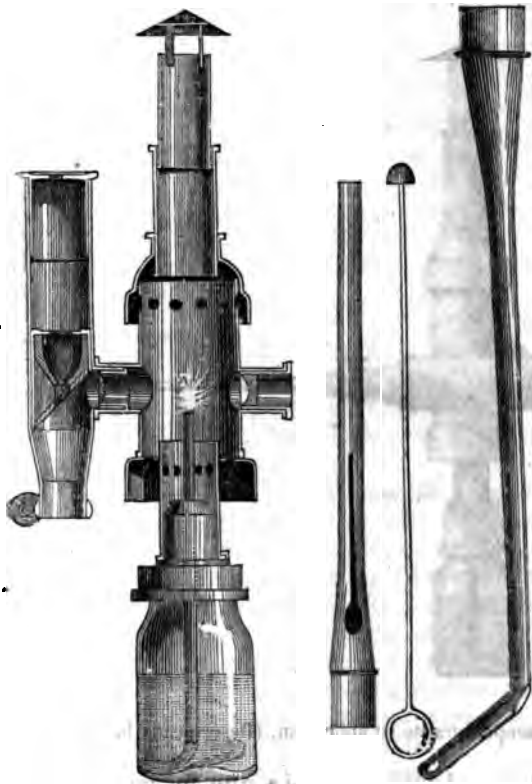


Fig. 113.—Corte del endóscopo. (Desormeaux). Fig. 114. Sonda guarnecida. Fig. 115. Sonda prostática.

No podemos pasar en silencio un método de exploracion de la vejiga fundado en los mismos principios que el laringoscopio y el oflamoscopio, y que debia ser familiar á los médicos y á los cirujanos. Vamos á hablar del endoscopio inventado por Desormeaux (1) para la exploracion de la uretra, de la vejiga y otras cabidades de orificio extrecho. Este instrumento (figura 113) se compone esencialmente de un foco luminoso (lámpara), cuya luz reflejada sobre un espejo convenientemente inclinado, se proyecta á distancia por el intermedio de una sonda y de un tubo movible, cuya extremidad se

(1) Desormeaux, *De l'endoscope et de ses applications au diagnostic et au traitement des affections de l'urèthre et de la vessie*. Paris, 1865.

adapta á la sonda y la otra sirve de ocular el espejo, tiene un agujero para que pueda el rayo visual ser llevado por el *catéter*.

Para la exploracion de la uretra, responde á todas las necesidades una sonda (figura 114) del calibre de 20 á 24 de la escala de Charriere (6 á 8 milímetros de diámetro). Cuando se trata de la vejiga ó de la próstata, y es necesario recurrir á una sonda acanalada, que lleva en la parte saliente del ángulo que forma una avertura con una lámina de vidrio (figura 115).

Es raro el que se puedan hacer maniobras exploratorias en la vejiga cuando hay fenómenos de agudeza en la superficie de este órgano; pero la cistitis crónica sobrelleva muy bien la aplicacion del endoscopio, únicamente es preciso tener cuidado por medio de inyec-

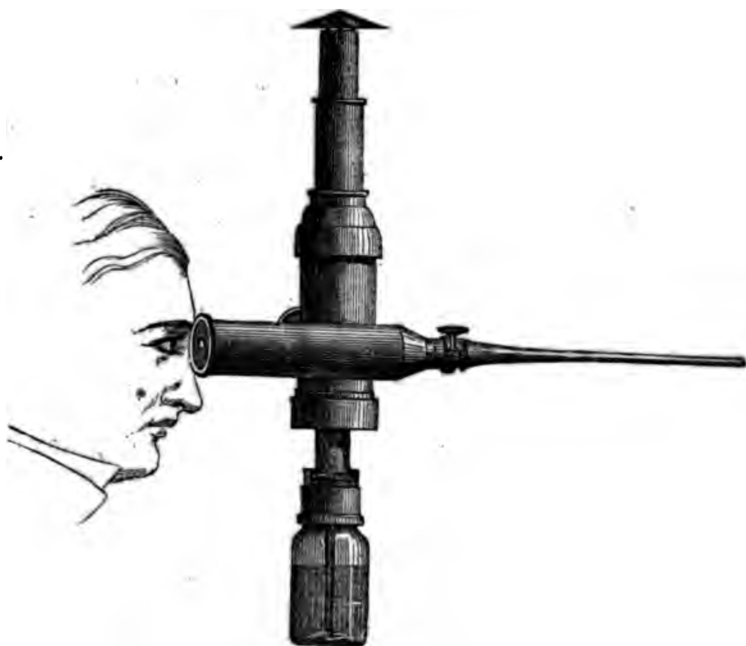


Fig. 116.—Posicion del endóscopo durante su aplicacion. (Desormeaux fig. 4.)

ciones repetidas, de reemplazar el líquido turbio que la vejiga contiene, por agua todo lo trasparente y pura posible; la precaucion de llenar la vejiga con agua es indispensable, porque el instrumento no puede funcionar con la vejiga vacía. Desormeaux reconoce, con la ayuda de su procedimiento, el color, la vascularizacion de la mucosa, y la exudacion pseudo-membranosa ó purulenta, las ulceraciones, las fungosidades, la disposicion hipertrófica llamada veji-

ga en columnas, el cáncer y sobre todo los cálculos vexicales. Nosotros tendremos ocasion, mas adelante, de dar los resultados en la exploracion de la region prostática.

Pronóstico.—El pronóstico de la cistitis crónica causada por una afeccion quirúrgica está subordinado á la gravedad de esta afeccion y de las operaciones que exige. Ya hemos dicho que la cistitis crónica expontánea no ocasiona la muerte por sí misma, pero sin embargo, es una enfermedad grave á causa de las dificultades que se tropiezan para curarla, y del estado de desaliento é hipocondría en que pone ordinariamente á los enfermos.

§ VII.—Tratamiento.

El tratamiento que se dirige contra la cistitis crónica, resultado de la existencia de un cálculo en la vejiga, de una extrechez ó de un infarto de la próstata, es enteramente quirúrgico, y no debe ocuparnos aquí. En cuanto al método curativo de la cistitis crónica simple presenta algunos medios que interesa mucho estudiar.

Solo se han aconsejado las *emisiones sanguíneas* en los casos en que sobreviene una gran exacerbacion, y en los que por consiguiente se halla colocada la enfermedad en las mismas condiciones que el catarro agudo.

Narcóticos.—Entre los narcóticos solo se ha propuesto el *opio* para el tratamiento de la cistitis crónica, y aun se aconseja el uso de aquella sustancia á cortas dósis. Este medicamento puede ser útil cuando los dolores se hacen muy molestos por su duracion; pero no hay ningun hecho que pruebe que tiene alguna eficacia en la curacion de la enfermedad.

Bálsamo de copaiba.—En algunos casos se ha administrado el bálsamo de copaiba por la boca; pero con mucha mas frecuencia, sobre todo en estos últimos tiempos, se le ha empleado en *inyecciones*, ya en la vejiga, ó ya en el recto. Si se le administra por la boca se da á *la dósis de* 6 *á* 8 *gramos* (1 $^1/_2$ á 2 dracmas) por dia, y si se quieren hacer inyecciones en la vejiga, se hallarán los detalles de esta pequeña operacion en el extracto siguiente tomado por los doctores Trousseau y Pidoux (1) de una Memoria del doctor Souchier (2), á quien se debe la idea de estas inyecciones que habia practicado á esta época cinco veces con buen éxito.

Inyecciones de bálsamo de copaiba.—«Despues de haber inyectado, dice el doctor Souchier, una cantidad de agua de cebada suficiente para llenar la vejiga, la he vaciado á los pocos minutos, y en seguida he vuelto á hacer esta inyeccion simple á fin de limpiar en cuanto

(1) Pidoux, *Tratado de terapéutica*, etc.
(2) Souchier, *Ann. de la méd. physiol.*, Junio 1834.

fuese posible el receptáculo afectado, y favorecer tanto mas el contacto inmediato del medicamento. Hecho esto, he inyectado 60 gramos (2 onzas) de bálsamo de copaiba mezcladas con igual cantidad de agua de cebada y las he dejado en la vejiga. Esto se hizo los dos primeros dias, y al tercero salió la orina naturalmente, pero siempre por un chorro mas grueso. En este dia he logrado sin gran trabajo por mi parte y sin ningun dolor por la del enfermo, hacer las inyecciones sin necesidad de la sonda. Como habia inyectado el agua de cebada tibia aumentando su accion desde el tercer dia con la adicion de una dozava parte de miel rosada, me he quedado sorprendido de ver que el enfermo hallaba demasiado caliente la impresion del bálsamo de copaiba, que yo, sin embargo, inyectaba frio.... Esta sensibilidad exagerada persistia aun en el momento de las últimas inyecciones á pesar de los rápidos progresos que hacian los órganos hácia la consolidacion de su curacion.»

Este autor añade que en los casos en que ha obtenido la curacion por este medio, habian sido empleados inútilmente otros muchos, y hasta el bálsamo de copaiba administrado interiormente.

Las *lavativas de bálsamo de copaiba*, prescritas primero por Bretonneau y en seguida por Rives y Delpech, han logrado buenos resultados en casos muy bien caracterizados. La lavativa se compone del modo siguiente:

R. Agua de altea..............	C. S. para media lavativa.
Bálsamo de copaiba.........	40 gram.

Mézclese.

Trementina.—Tambien se ha empleado la trementina, ya haciéndola ingerir en el estómago ó en inyecciones en la vijiga. Cruveilhier y Clarion la han recomendado al interior, y Dupuytren prescribia habitualmente de ocho á veinte píldoras, cada una de las cuales contenia un decígramo (dos granos) de trementina de Venecia; otros muchos autores la han recomendado igualmente. En cuanto á las inyecciones han sido empleadas con m nos frecuencia, y Dupuytren preferia las de brea hechas del modo siguiente (1):

Inyecciones de brea.—«Hacia infundir en frio y durante una noche 500 gramos (una libra) de brea en 5 kilógramos (10 libras) de agua comun, y mandaba filtrar y calentar la infusion antes de servirse de ella; esta agua era amarillenta como la naranjada hervida, y exhalaba un olor fuerte á resina. Dupuytren introducia una sonda gruesa en la vejiga é inyectaba por ella todas las mañanas dos jeringas llenas de este líquido, retirando inmediatamente la sonda y encargando al enfermo que no orinase en un cuarto de hora. Pasado este tiempo el enfermo arrojaba el agua y una cantidad considerable de moco que iba siendo cada vez menor en los dias siguientes. He-

(1) Véase TROUSSEAU y PIDOUX, *loc. cit.*

mos visto, dice Trousseau y Pidoux, catarros vesicales que se han curado de este modo en el espacio de doce á quince dias.»

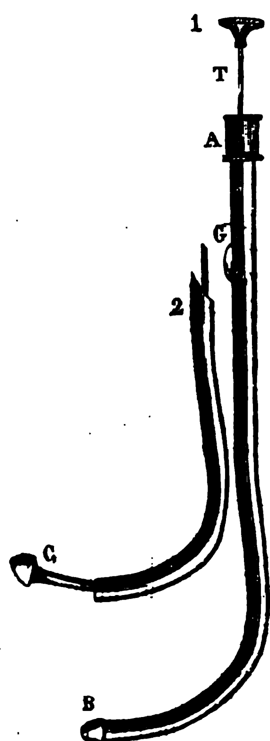


Fig. 117.—1. Porta-cáusticos líquido de Clere.—A. Cubeta para retener el líquido contenido en el instrumento.—B. Boton que se continúa con la cubeta. —P. Boton de aire que permite al líquido salir del instrumento.—T. Vástago de la cubeta.—2. Parte posterior del instrumento. —C. Cubeta abierta.

Civiale es menos partidario del tratamiento por los balsámicos, cuyo empleo, segun él, ha sido hecho sin consideracion; estos medicamentos han producido mas bien solo mejoría que curacion, y cuando han parecido curar, es que se ha producido una cistitis por enfriamiento, de naturaleza sencilla, para la que se suelen echar inyecciones de agua fria, ayudadas de algun ligero purgante.

Aguas sulfurosas.—Se han prescrito las aguas sulfurosas en bebida, en baños y hasta en inyecciones en la vejiga, lo mismo que los remedios anteriores: Choppart particularmente ha aconsejado estas inyecciones. Para practicarlas se empieza por hacer algunas inyecciones con agua de cebada pura ó mezclada con igual cantidad de *agua* de *Baréges*, de *Balaruc* ó cualquiera otra agua sulfurosa, teniendo cuidado de aumentar la proporcion, segun que contenga menos azufre, y se hacen todos los dias una ó dos inyecciones. El tratamiento por las aguas sulfurosas es uno de los que mas se han aconsejado, y que ha producido mayor número de curaciones.

La cauterizacion de la vejiga con el nitrato argéntico, sólido ó disuelto en el *agua*, sin poder ser considerado como método general de tratamiento, está indicado cuando hay tendencia á la hemorragia de la vejiga, teniendo necesidad de sufrir una supertrofia de la mucosa de este órgano (Civiale). Se ha hécho de una manera trascurrente con la ayuda de un porta-cáustico de la longitud de una sonda (fig. 117), ó una bugía de cera que se rueda sobre el nitrato de plata pulverizado, hasta su extremidad vexical, teniendo cuidado de recubrir la parte armada con enjundia.

Inyecciones diversas.—Se ha propuesto hacer en la vejiga otras inyecciones además de las que acabamos de mencionar, y así Bretonneau ha recomendado la inyeccion siguiente:

℞. Agua de goma...............	C. S.
Calomelanos.................	20 á 25 centígram. (4 á 5 granos).
Mézclese.	

O bien:

R. Nitrato de plata............ 25 centígram.
Agua destilada............. 120 gram.

Para una inyeccion en la vejiga.

Trousseau emplea la solucion siguiente:

R. Deutocloruro de mercurio..... 5 centígram.
Agua...................... 120 gram.

Para inyeccion.

Finalmente, otros médicos, entre los cuales debemos citar al doctor Civiale, han propuesto las *inyecciones tónicas* ó *astringentes* hechas con los cocimientos de *quina*, *goma quino* y *simaruba*, ó bien de *corteza de roble*, *nuez de agallas*, *tanino*, *acetato de plomo*, etc.

Es muy difícil decidirse acerca del valor relativo de estos diversos medios, en atencion á que no podemos hacer un análisis exacta de los hecho. Pero las inyecciones que al parecer deben recomendarse mas particularmento son las de copaiba, brea, agua sulfurosa, y en algunos casos las astringentes, porque los hechos que se han citado en su apoyo son los mas concluyentes.

Cloquet ha propuesto servirse para estas inyecciones de la *sonda de doble corriente*, propuesta ya por Estéban Hales (1); porque en efecto esta sonda permite llenar y vaciar la vejiga repetidas veces sin sacar el instrumento, y se puede por este medio lavar primero el interior del órgano con agua de cebada ó simplemente con agua tibia, y practicar en seguida las inyecciones medicinales que acabamos de indicar, esto es lo que se llama *irrigaciones vexicales*.

Se ha propuesto tambien el uso del *hidroclorato de amoníaco*; pero no conocemos bastante los efectos de este medio en la cistitis crónica para que podamos entrar en mayores detalles acerca de este punto.

El doctor Alquen (2), ha aconsejado el *carbonato de magnesia*, y recomienda que se le mezcle con partes iguales de azúcar pulverizado para tomar cuatro ó seis cucharadas de café por dia.

El doctor Arnheimer (3) ha ponderado el *alumbre* que ya habia aconsejado Selle, y le prescribe ó bien solo ó asociado al ruibarbo. Se puede adoptar la fórmula siguiente:

R. Alumbre..................... 15 centigram.
Azúcar blanca.................. } aa 50 centigram.
Goba arábiga................... }

Mézclese y redúzcase á polvos, que se toman tres veces al dia en hostia ú oblea.

Por último, se han prescrito otros medicamentos que basta citar,

(1) Hales, *La statiques des animaux*, trad. par de Sauvages. Genève, 1744.
(2) Alquen, *Horn's Arch. für med. Erfahrung*, 1829.
(3) Arnheimer, *Wochenschr. für die gesam. Heilkunde*, 1833.

tales como el *tabaco*, la *diosma afestonada*, el cocimiento de la *pereira brava*, y por último, las preparaciones de iodo.

En un caso referido por Rayer (1), se mejoró el enfermo administrándole la *tintura de cantáridas* en jarabe, á la dósis de seis á diez y ocho gotas, aumentando dos cada tarde; habiendo salido este enfermo del hospital no se pudo concluir su observacion.

Medios externos.—No se ha descuidado la *medicacion externa* y así hemos dicho antes de ahora que se habian aconsejado los *baños medicinales*, y además se mandan hacer en el hipogástrio, ó simplemente *friegas calientes y secas*, ó *fricciones con sustancias que exciten mas ó menos la piel*, tales como un *linimento amoniacal* y mas comunmente con la *pomada de Autenrieht*, cuya práctica aprueba Civiale.

Muchos prácticos han recomendado además la aplicacion de *vejigatorios* al hipogástrio, y la mayor parte quieren que se los cure con cierta cantidad de *alcanfor* en polvo, para evitar la irritacion que podrian ocasionar en la vejiga ya enferma. Se han aconsejado tambien las *moxas* en el mismo puntó, y el profesor Roux ha insistido acerca de la utilidad del *sedal colocado en la region hipogástrica*. Aun cuando no es posible indicar de un modo exacto cuál es el grado de eficacia de estos medios, no podemos prescindir de concederles cierta confianza, atendida la unanimidad con que han sido recomendados.

Medios higiénicos.—Debe ponerse particular cuidado en hacer observar una buena higiene, porque el mas pequeño exceso puede tener muy graves resultados en la cistitis crónica. El enfermo debe *vestirse interiormente de franela*, *evitar* cuanto le sea posible el *frio* y la *humedad*, y hacer todos los dias bastante *ejercicio*, no tan solo para excitar la secrecion de la piel, sino tambien para evitar la estancacion de los líquidos en la vejiga que se verifica especialmente en los sugetos cuya vida es demasiado sedentaria.

En cuanto al *régimen*, deberá ser suave y ligero, y se proscribirán severamente las bebidas alcohólicas, los alimentos cargados de especias, y en una palabra, todo cuanto pudiera irritar demasiado las vias génitourinarias. Se aconsejará igualmente el uso de *baños* repetidos.

Resúmen.—Si queremos ahora echar una ojeada sobre este tratamiento, bastante rico, veremos que los medios en que es lícito tenér mas confianza, son las inyecciones medicinales, el uso de los balsámicos, las aguas sulfurosas, los irritantes de la piel, los exutorios, por último, los cuidados higiénicos. Sin embargo, siempre queda un trabajo importante que hacer, y se reduce á saber á cuál de estos medios se debe recurrir con preferencia en un caso dado. Hé aquí

(1) Rayer, *Bulletin général de thérapeutique*, 30 Junio, 1851.

como expone el doctor Civiale (1) el tratamiento de la cistitis crónica, y esto vendrá á ser un resúmen casi completo de todo cuanto acabamos de decir.

Los medios que hay que emplear en el tratamiento del catarro vexical de los ancianos, consisten, dice este autor, en disminuir la sensibilidad de la uretra si el enfermo es muy irritable, en facilitar la salida de la orina, en impedir la acumulacion y permanencia de mucosidades en la vejiga, en cambiar las propiedades vitales de esta víscera, y en atraer la irritacion al exterior. Por medio de la sonda se facilita la salida de la orina y de las viscosidades, y se reemplazan estos líquidos irritantes con inyecciones ó irrigaciones al principio atemperantes y que luego se hacen tónicas (balsámicas, sulfurosas, etc.) á medida que disminuye la irritabilidad. Cuando se ha logrado restablecer la contractibilidad de la vejiga y hacer que salga la orina clara, se recurre á algunos derivativos, y pueden producir muy buenos resultados los chorros frios al perineo y al hipogástrio, y las friegas secas y aromáticas.

Resúmen. — 1.° *Cistitis aguda.*—Emisiones sanguíneas, baños, aplicaciones emolientes ó narcóticas.

2.° *Cistitis crónica.*—Emisiones sanguíneas, narcóticos, bálsamo de copaiba, inyecciones de copaiba, lavativas de la misma sustancia, trementina, inyecciones de brea, aguas sulfurosas, otras diversas inyecciones, carbonato de magnesia y alumbre, cauterizacion, por último, la tintura de cantáridas.

Medios externos.—Fricciones, vejigatorios y sedal.

Medios higiénicos.—Régimen, baños.

ARTÍCULO IV.

CÁNCER DE LA VEJIGA.

§ I.—Sitio.

El cáncer de la vejiga ha sido muy poco estudiado, y las descripciones que de él se han hecho son muy incompletas, lo que depende sin duda de que esta afeccion casi nunca tiene su asiento primitivo en el réceptáculo de la orina, sino que resulta casi constantemente de la propagacion del cáncer uterino ó rectal á las paredes de este órgano. Los cirujanos que han descrito los *fungus de la vejiga* han asegurado que á veces degeneran estos fungus en verdaderos cánceres que en seguida invaden las paredes del órgano. ¿No se habrán tomado en algunos de estos casos fungosidades que desde el principio eran cancerosas por simples fungos vasculares? No trataremos

(1) Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires.* 2.ª edicion, Paris, 1860.

aquí de dilucidar esta cuestion, pero sí nos parece que no han fijado bastante la atencion los observadores acerca de este punto.

Por lo que acabamos de decir se concebirá fácilmente porqué no entramos en mayores detalles, respecto á esta afeccion incurable, y que siendo casi siempre secundaria es muy limitado el interés que nos ofrece.

Si se exceptúa el conocimiento que tenemos de que el cáncer de la vejiga resulta de la *propagacion de un cáncer inmediato*, nada sabemos acerca de las *causas* de esta enfermedad.

§ II.—Síntomas.

Precede por lo comun á la *invasion* del cáncer vexical la existencia de tumores del útero ó del recto que casi siempre han hecho ya grandes estragos antes de que la afeccion haya llegado al receptáculo de la orina. Se supone que han alcanzado á este último órgano cuando la necesidad de orinar empieza á ser mas imperiosa y hay un poco de dolor durante la emision del líquido; pero estos signos son poco seguros, porque si un tumor canceroso llega á adquirir un incremento considerable, aun fuera de la vejiga, puede dificultar el juego de este órgano y ocasionar los síntomas que acabamos de indicar. Sea como quiera cuando la vejiga está realmente afectada, no tardan en presentarse fenómenos morbosos que no dejan ninguna duda.

Se han observado *dolores expontáneos* que pueden faltar por mucho tiempo, y que las mas veces son debidos á los progresos del cáncer del útero ó del recto. Estos dolores son lancinantes y se irradian en diversos sentidos, lo mismo que los que producen los cánceres que ocupan estos órganos.

No tan solo la *emision de la orina es dolorosa*, sino que tambien se va haciendo de cada vez mas *difícil*, de tal modo que cuando el cáncer ha invadido una extension considerable de la vejiga, no pudiendo ya contraerse sus paredes engrosadas y duras, hay una *retencion de orina* que es imposible vencer y que exige el uso repetido de la sonda: otras veces, al contrario, hay incontinencia.

Tambien la retencion de orina se puede producir de otro modo: como los cánceres de la vejiga resultan, en la inmensa mayoría de casos, de la extension del cáncer uterino ó rectal, por lo comun se desarrolla el tumor en el fondo inferior del órgano y frecuentemente hácia su cuello, lo cual produce un obstáculo al curso de la orina que es muy difícil vencer, á pesar de que una gran extension de la vejiga puede todavía contraerse con libertad.

En los primeros tiempos de la enfermedad, y cuando aun no hay mas que un simple tumor sin ulceracion, la *orina* no presenta alteracion notable, pero si se ulcera el tumor, sobrevienen *hematurias*

mas ó menos frecuentes, por lo comun abundantes, y mas tarde se observa en la orina un *depósito* de color *agrisado*, *pardusco* y ordinariamente muy *fétido*.

Si entonces se hace el cateterismo, se puede reconocer dirigiendo la extremidad de la sonda á los diversos puntos de las paredes de la vejiga, que su *capacidad ha disminuido de volúmen* y que es *desigual é inestensible*, y estas maniobras suelen ocasionar la salida de una corta cantidad de sangre.

Civiale (1) dijo que el cáncer de la vejiga puede resultar de algunos estados morbosos diferentes y se puede desarrollar sin producir síntomas característicos. Este autor nota con razon que los síntomas se han descrito frecuentemente de una manera retrospectiva, cuando los autores tenian delante de sus ojos las piezas de autopsia.

No son completamente característicos ni el enturbiamiento ni el depósito de las orinas, ni los caractéres del dolor; las hematurias repetidas, y el enflaquecimiento progresivo y rápido del enfermo no demuestran la naturaleza del mal. En algunos casos la orina no tiene otros caractéres que los de un catarro de la vejiga; faltan á menudo los dolores, lancinantes, á no ser alguna vez cuando el enfermo orina. Sin embargo, Civiale cita algunos síntomas del cáncer de la vejiga, como se ve en lo siguiente: «Cuando la disminucion de la capacidad de la vejiga coexiste con el aumento de su contractibilidad y el espesamiento de sus paredes, si la enfermedad ha hecho grandes progresos, los sufrimientos del enfermo forman el mas triste cuadro. Se les ve hacer á los enfermos los mas supremos esfuerzos para expeler algunas gotas de orina, que se repiten cada cuarto de hora, y aun en mas cortos intervalos; estos esfuerzos difieren de los que hacen ciertos enfermos calculosos, y algunas mujeres de parto, en que los de estos últimos son generalmente proporcionados á las contracciones del órgano. En los cancerosos, son las angustias tan fuertes y prolongadas, que no pueden sufrir la violencia de sus esfuerzos: estas contracciones de la vejiga encierran algo mas de morboso.

En algunos casos, los líquidos arrojados tienen caractéres que llaman la atencion. En tres enfermos he observado un olor característico de estas orinas *(cadavérico)*.

Un signo mas cierto es la salida por la uretra de cierta cantidad de una sustancia pultácea, y de apariencia carnosa. (Civiale.)

En los casos en que está muy avanzada la enfermedad, es inoportuno y aun peligroso el practicar el cateterismo, pues no da siempre este género de exploracion signos útiles sobre la enfermedad.

Por último, los *síntomas generales* propios de los diversos cánceres, y que las mas veces habian empezado antes de que la afeccion

(1) Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 2ª edition. Paris, 1860.

hubiese invadido la vejiga, adquieren desde este momento un incremento mas rápido, sobrevienen *perforaciones* mas ó menos considerables de la vejiga, la orina puede salir por el recto y por la vagina, y el enfermo sucumbe inevitablemente en un estado de marasmo por lo comun muy avanzado.

El *diagnóstico* está basado en signos locales y generales inciertos: como la fetidez de la orina, los restos pultáceos que encierra algunas veces, el exámen microscópico de la materia, conducida por la sonda al hacer el cateterismo, en la que se ven células cancerosas, como lo halló Bouchardat en un caso referido por Civiale, son los indicios únicos en los que se puede tener alguna confianza.

El cáncer vesical es comun en el cuello, en la parte inferior de esta porcion, implantándose á la vez en la vejiga y en la próstata, y dejando mas ó menos íntegros los tejidos de la vejiga que rodean al tumor. La figura 118 representa, segun Civiale, un cáncer de la vejiga observado en un hombre de setenta y cuatro años.

El cáncer de la vejiga rara vez es primitivo, de tal manera que Lebert no ha visto sino siete casos de él, es casi siempre *encefalóide*, cuyos elementos se ven muy limpiamente por medio del microscopio. El punto de partida del cáncer es el tejido sub-mucoso: Lebert (1) ha visto coincidir siempre un estado inflamatorio de la mucosa y la hipertrofia de la túnica muscular.

Es notable que en los casos observados no se haya manifestado la caquexia cancerosa.

El cáncer de la vejiga, secundario al del útero, es mucho mas comun.

Lenepveu (2) ha visto un cáncer de la vejiga ligado á un cáncer de la S ilíaca: en un caso el tumor vexical comprimia el nervio ciático en su orígen, lo que habia hecho creer que existia una neuralgia ciática; en otras ocasiones se ha obliterado la uretra determinando su dilatacion hasta igualar el volúmen del intestino delgado.

Por consiguiente el *tratamiento* solo puede ser paliativo, y los medios que particularmente se prescriben para calmar los síntomas que produce el cáncer, están reducidos al uso repetido de la *sonda* para evitar que se detengan los humores icorosos en la vejiga, las *inyecciones emolientes* y la administracion del *opio* al interior para calmar los dolores. En cuanto á los demás medios que se emplean, son los mismos que se dirigen contra el cáncer en general.

(1) Lebert, *Anatomie pathologique générale et spéciale*, t. I, passim.
(2) Lenepveu (cité par Lebert), *Bull. de la Soc. anat.*, t. XIV, p. 164.



Fig. 118.—Cerca del vértice se ven dos pequeños tumores blandos, de superficie granulosa, y con un tinte amarillento. En el trígono vexical se ve otro tumor de la misma naturaleza, muy extenso, pero poco saliente, sobre todo en medio de su superficie. La circunferencia forma una especie de reborde saliente, franjeado, festonado y amarillento en unos puntos, y lívido en otros. Lateralmente, este tumor oculta los orificios de los uréteres. De delante á atrás, se extiende al orificio interno del uréter, donde sobresale bastante hasta el bajo fondo de la vejiga, el cual ofrece diferentes grados de degeneracion cancerosa, de las manchas lívidas de las placas rojizas, columnas carnosas en relieve y las vellosidades grandes de la membrana mucosa. Atrofia notable del lóbulo lateral izquierdo de la próstata, dilatacion notable de la parte prostática de la uretra y tumefaccion parcial del lóbulo lateral derecho. Cresta uretral mas voluminosa que en el estado normal. Orificio vexical del uréter enteramente deformado. (Civiale, t. III, figura 17.)

ARTÍCULO V.

INCONTINENCIA DE ORINA.

La incontinencia de orina es una afeccion que necesariamente debió haber sido conocida desde la mas remota antigüedad, puesto que el síntoma casi único que la caracteriza no ha podido ocultarse á la mas ligera observacion; así es que todos los autores han hablado de esta enfermedad.

Para describirla se han propuesto numerosas divisiones: así Borsieri distingue la *incontinencia de orina en los niños*, la *incontinencia de orina paralítica, espástica, calculosa, primitiva, secundaria idiopática y sintomática*; en efecto, cada una de estas divisiones ofrece cierto interés, pero sin embargo, no tanto que deban examinarse aparte y con grandes detalles todas estas especies.

Se ha propuesto en estos últimos tiempos dividir simplemente la incontinencia de orina en *completa* é *incompleta*, caracterizada la primera por la salida contínua de la orina, y la segunda por la imision de este líquido á intervalos mas ó menos distantes.

Mondiere (1) distingue tres especies diferentes. «En la *primera*

(1) Mondière, *Mémoire sur l'incontinence d'urine (Presse médicale*, marzo, 1837).

forma, dice este autor, la excrecion de la orina es completamente ajena al imperio de la voluntad, y se efectúa de un modo contínuo: este líquido sale gota á gota, y segun que es conducido por los uréteres, va llegando á la vejiga....

»En la *segunda forma* la emision se verifica tambien gota á gota, pero está precedida de la retencion y acumulacion de orina en la vejiga, y el líquido se escapa entonces, como suele decirse, por rebosamiento....

»En la *tercera* ya no sale la orina de un modo contínuo, sino mas bien á intervalos mas ó menos distantes y por chorro, como en el estado fisiológico, solo que la emision es involuntaria.»

A primera vista parece que se debe admitir esta última division, porque los casos son muy diferentes bajo muchos conceptos, segun que se encuentran en una de estas categorías; pero se debe advertir que hay muchas razones en contra de este modo de considerar la incontinencia de orina, y que la segunda especie que indica el doctor Mondiere, mas bien debe colocarse entre las retenciones. En efecto, la salida de la orina por rebosamiento es tan solo un simple fenómeno consecutivo, que no basta á caracterizar toda la enfermedad. «No se debe confundir, dice Boyer, la incontinencia de orina con la salida de este líquido por rebosamiento en los ancianos, cuya vejiga se halla paralizada. En esta última enfermedad el esfinter de la vejiga, que no es mas que un haz de fibras carnosas formado por la reunion de las que componen el plano interno de la túnica musculosa de este órgano, participa de la debilidad del cuerpo de la vejiga, y así es que su inercia permite la salida involuntaria de la orina retenida por la parálisis de este órgano, y que distiende excesivamente las paredes.

La misma reflexion no es aplicable al caso de que habla Trousseau (1); el sugeto era un individuo bajo la influencia de accidentes saturninos; tenia parálisis incompletas, atonía del esfinter vexical, y la vejiga no podia admitir sino una cantidad de orina inferior á la del estado normal; era un caso parecido á la primera forma de Mondiere.

Civiale (2) señala con razon algunos casos oscuros, en los que por una disposicion congénita ó adquirida, la vejiga tiene poca capacidad; entonces nunca forma tumor en el hipogástrio. Sin embargo, como basta una pequeña cantidad de orina para distender la vejiga, y el líquido sale por rebosamiento, lo que hace admitir á algunos una parálisis del cuello vexical, que no existe.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Segun el pasaje de Boyer, que acabo de citar, se debe definir la incontinencia de orina la salida involuntaria de este líquido, que se verifica de un modo contínuo ó intermitente, sin retencion prévia ni

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. Paris, 1865, t. II, p. 652.
(2) Civiale, *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, t. III, p. 319.

distension de la vejiga. Esta enfermedad ha recibido los nombres de *enuresis*, *urinæ incontinentia*, *mictio involuntaria*, *inopportuna*.

La incontinencia de orina dista mucho de ser una afeccion rara; pero su frecuencia varía mucho, segun que se examinan sus diversas especies. Si se admitiese la segunda que propone Mondiere, habria que convenir en que esta frecuencia es considerable, porque de todas las formas no hay ninguna que se presente, ni con mucho, con tanta frecuencia. Las especies que hemos admitido se observan en proporciones muy diversas, segun la edad, como vamos á verlo inmediatamente.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—Entre las causas predisponentes apenas hay mas que una cuya existencia esté perfectamente demostrada: hablamos de la influencia de la *edad*; así sabemos de un modo positivo que la *incontinencia de orina permanente* es infinitamente mas comun en los ancianos que en una edad poco avanzada, y que la *incontinencia intermitente*, y que se efectúa por chorro, es una enfermedad especial de la infancia, aun cuando á veces se observan sugetos que la padecen, y que han pasado de la pubertad. Pero si se interroga entonces á los enfermos, se sabe casi constantemente que su padecimiento data de los primeros años de su existencia.

Sabemos tambien que la incontinencia permanente es *mas comun en el hombre* que en la mujer, pero no conocemos de un modo exacto la proporcion de esta frecuencia.

Se ha dicho generalmente que los *niños débiles* y de *constitucion linfática* son los que mas padecen la incontinencia de orina intermitente; pero el doctor Mondiere, que ha estudiado las observaciones bajo este punto de vista, ha notado, por el contrario, que los individuos á quienes afecta este achaque son todos robustos, tienen las carnes duras y no presentan ningun atributo de la constitucion linfática.

Trousseau lo ha encontrado tanto en los débiles como en los fuertes; pero se ha demostrado que la herencia juega un papel importante, que encontrándose frecuentemente en los parientes del enfermo pleurosis mas ó menos graves. Las emociones morales no pueden tener sino una parte indirecta en la manifestacion de los accidentes. En un jóven de diez y siete años una incontinencia de orina y poluciones nocturnas se detuvieron por fímosis congénito: Trouseau hizo la circuncision al sugeto, y se curó.

2.° *Causas ocasionales.*—Se ha observado la incontinencia de orina permanente á consecuencia de un gran número de causas, y entre ellas es la primera las *lesiones del cerebro* y de la *médula espinal* (apoplejía, reblandecimiento, etc.), que ocasionan la parálisis del esfínter. Tambien se han visto *tumores* desarrollados en la pélvis, que

han hecho imposible la distension de la vejiga por la orina, y de este modo han producido la salida involuntaria y contínua de este líquido; pero estos casos son bastante raros. Las *lesiones orgánicas de la vejiga* van acompañadas de incontinencia de orina, cuando son muy extensas ó interesan las fibras del esfinter de modo que impidan su contraccion.

Se han citado los *excesos venéreos*, la *masturbacion* y el *abuso de los afrodisiacos y diuréticos*, circunstancias en las cuales efectivamente se desarrolla á veces la incontinencia de orina: ¿pero no se habrán tomado con frecuencia como relaciones de causa ó efecto las que tan solo eran simples coincidencias?

La orina sale tambien involuntariamente al *fin de un gran número de enfermedades*, y especialmente durante la agonía; pero este fenómeno, que merece notarse en la historia de estas diversas enfermedades, no tiene un verdadero interés para el práctico considerado separadamente.

Las principales causas de la incontinencia son las siguientes: 1.° incontinencia á continuacion de la parálisis de la vejiga; 2.° á continuacion de la retencion de orina; 3.°, á la de una contusion ó dilatacion forzada de la uretra; 4.° por una atonía con dilatacion de la parte profunda de la uretra y las lesiones de la próstata, y de las afecciones graves del cuerpo de la vejiga y en los calculosos; 7.° en algunas enfermedades graves extrañas al aparato prinario; 8.° incontinencia sin plenitud de la vejiga, cistitis, neuralgia.

Quedan ahora ciertas emisiones involuntarias de orina, de las que basta hacer mencion, porque mas bien pueden considerarse como simples accidentes incómodos que como verdaderas enfermedades. Así las *mujeres* orinan involuntariamente en *los últimos meses de la preñez* ó *durante el parto*. En las *emociones violentas*, en la *asfixia*, en las *convulsiones*, etc., se observa igualmente con bastante frecuencia una emision involuntaria de orina; pero este fenómeno, que ó no se repite ó solo se reproduce en las mismas circunstancias, no merece detenernos por mas tiempo.

En cuanto á la incontinencia de la orina que verificándose á intervalos mas ó menos distantes se reproduce por un largo espacio de tiempo, que requiere un tratamiento expecial y que por consiguiente nos interesa de un modo particular, puede decirse que no conocemos verdaderamente sus causas ocasionales. Ya hemos dicho antes de ahora que esta es una enfermedad de la infancia, aun cuando puede prolongarse hasta mas allá de la pubertad; se manifiesta principalmente durante el *sueño*, y todo induce á creer que siendo este *profundo* en los niños, es lo que les impide sentir la necesidad de orinar.

El doctor Mondiere considera como causa principal de esta afeccion, no la atonía de todo el organismo, como ya lo hemos hecho notar antes de ahora, sino esta *atonía limitada á la vejiga*; sin embar-

go, hay que convenir en que tan solo se ha admitido por induccion la existencia de esta atonía parcial, y que no se halla perfectamente demostrada, porque si por una parte podemos decir que el esfinter ha perdido algo de su fuerza de resistencia, por otra vemos que el cuerpo del órgano ha conservado su potencia de contraccion, puesto que la orina todavía se expele á chorros, como lo ha notado el mismo Mondiere. Es decir, que la atonía vendria á ser de solo una parte de la vejiga, lo cual es difícil concebir; nos parece mas simple y mas natural la explicacion que hemos dado antes de ahora.

Desault atribuia la incontinencia de orina en los niños á una energía de la vejiga desproporcionada con la resistencia del cuello. Civiale no admite que haya, sino difícilmente, casos de incontinencia de orina esencial; la incontinencia intermitente es debida á la distension de la vejiga por rebosamiento. Para este autor, la incontinencia de orina, es sobre todo nocturna, porque el esfinter de la vejiga (músculo voluntario) está sustraido á la accion del imperio de la voluntad durante el sueño, mientras que la túnica muscular de la vejiga (músculo de la vida orgánica). El conjunto de esta doctrina es menos discutible. Con Bichat y Bretonneau, Trosseau da mayor importancia entre las causas ocasionales, en *el exceso de irritabilidad* de las fibras musculares de la vejiga, la atonía del esfinter, pudiendo algunas veces jugar un cierto papel, que el defecto de resistencia sea absoluto ó relativo. En efecto, la mayor parte de los enfermos afectos de incontinencia nocturna pasan el dia con una tirantez extrema, y cuando duermen están casi siempre en ereccion. La vejiga participaria de este erectismo de los órganos genitales y la incontinencia de orina seria una *neurose*.

§ III.—Síntomas.

Los síntomas de la incontinencia de orina están casi reducidos á la emision involuntaria de este líquido, y así no se observa ningun dolor, y si se examina el hipogástrio *en los casos de incontinencia de orina permanente*, ni se halla tumor, ni sonido á macizo, y en fin, nada que indique la distension de la vejiga. Si además, se introduce una sonda, no sale por ella esa gran cantidad de orina que anuncia que antes de haber salido este líquido gota á gota se habia acumulado y distendido considerablemente el órgano. Si sucediese lo contrario, entonces seria una retencion seguida de la emision de la orina por rebosamiento.

Al cabo de cierto tiempo aparecen en el escroto y en los muslos *manchas eritematosas y úlceras* con endurecimiento y engrosamiento de la piel; pero estas lesiones son tan solo una consecuencia de la enfermedad y dependen del contacto contínuo de un líquido irritante sobre estas partes.

La *incontinencia intermitente* se verifica por lo comun *durante el*

sueño, aunque sin embargo, á veces se observa en la vigilia; pero en este último caso depende ó de los sacudimientos bruscos de que ya hemos hablado, ó de la comprension de la vejiga por un tumor cualquiera, y constituye tan solo un simple accidente ó una enfermedad secundaria á la cual el médico no puede oponer directamente mas que medios paliativos. No obstante, hay que hacer una observacion respecto á esto, y es, que las emociones y los sacudimientos que en general no bastarian para la evacuacion involuntaria de la orina en un estado de salud perfecta, son suficientes desde que empieza á paralizarse el esfinter de la vejiga. Bajo este punto de vista, viene á ser la emision involuntaria de la orina un síntoma de grande importancia, porque por lo comun se observa en los casos de este género que la incontinencia, al principio intermitente, se hace lùego contínua, segun que va progresando la parálisis del esfinter.

La incontinencia que sobrèviene durante el sueño es la que aparece en los niños y continúa por espacio de mas ó menos tiempo; pero esta incomodidad no presenta ningun otro síntoma que la emision involuntaria.

Continúa tambien en la edad adulta de los enfermos, y no es difícil el ver que la enfermedad se traduce durante el dia por una necesidad imperiosa de orinar, que se repite con intervalos mas ó menos alejados.

§ IV.—Curso, duracion, terminacion.

El *curso* de la enfermedad es distinto, segun que es una intermitencia de orina permanente ó intermitente, cuyos caractéres diferenciales hemos indicado ya repetidas veces. La primera va llegando de un modo mas ó menos lento á su mas alto grado, de suerte que puede empezar por ser intermitente, si el esfinter de la vejiga tiene todavía bastante resistencia para retener la orina hasta que esta se ha acumulado en cierta cantidad, y si las lesiones que se oponen á la contractibilidad del cuerpo de este órgano se desarrollan con lentitud; llega al fin un momento en el cual la orina sale gota á gota, segun que la van vertiendo los uréteres, y ya desde entonces la enfermedad permanece estacionaria. La segunda continúa por lo comun lo mismo que ha empezado, excepto algunos alivios pasajeros en los que puede pasar el sugeto un espacio de tiempo mas ó menos largo sin tener evacuaciones involuntarias.

La incontinencia permanente *dura* tanto como la vida de los enfermos; pero la duracion de la intermitente es muy variable; siendo muy comun observarla tan solo en una pequeña parte de la segunda infancia, y á veces se prolonga hasta despues de la pubertad, de lo cual cita varios ejemplos el doctor Mondière.

La *terminacion* depende por lo comun de los progresos de las

afecciones graves que la han ocasionado, y los enfermos sucumben con esta incomodidad, como acabamos de decir.

La incontinencia intermitente termina por la curacion en la mayoría inmensa de casos, á no ser que sea el principio de una incontinencia permanente, es decir, que resulte de la parálisis del esfínter ó de una alteracion orgánica de la vejiga. Sin embargo, se han referido algunos hechos en los cuales este achaque ha durado toda la vida, que es lo que ha dado orígen á la opinion bastante general de que si la incontinencia se prolonga mas allá de la pubertad, ordinariamente es incurable; pero mas adelante veremos que esta opinion no está fundada en los hechos, y que empleando un buen tratamiento, hay motivos fundados para esperar una terminacion feliz.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Poco nos ocuparemos de este punto, y así nos limitaremos á decir que en la incontinencia permanente se han hallado lesiones de la médula espinal, del cerebro y de la vejiga, que han explicado la parálisis del esfínter, ó bien la falta de contractilidad y la inextension permanente del órgano, segun los casos. Los hechos de incontinencia intermitente consecutivos á las convulsiones, la preñez, etc., se explican por la perturbacion del sistema nervioso, por la compresion de la vejiga, etc. Por último, la incontinencia intermitente propiamente dicha no presenta absolutamente ninguna lesion, lo que ha hecho que se inventase la existencia de una atonía general ó parcial.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* solo ofrece algun interés al principio de la incontinencia permanente, y así, al ver que los enfermos expelen involuntariamente su orina á intervalos variables, se debe tratar de averiguar si la enfermedad es una parálisis simple y parcial de la vejiga, ó bien una parálisis consecutiva á una lesion grave de los centros nerviosos, ó á una afeccion orgánica. Tales son las cuestiones cuya resolucion debe proponerse el práctico, y solo investigando los signos de las enfermedades que acabamos de indicar es como podrá llegar á la formacion de un diagnóstico exacto y que no carece de importancia, pues la gravedad de la afeccion es muy diversa segun los diferentes casos. Respecto á la incontinencia intermitente, propiamente dicha, no ofrece ninguna dificultad bajo este punto de vista.

Lo que antes de ahora hemos indicado acerca de la terminacion de la enfermedad, nos dispensa de entrar en nuevos detalles respecto á su *pronóstico*, y solo añadiremos que la mas grave de todas las especies de incontinencia de orina es la que depende de una lesion orgánica de la vejiga.

§ VII.—Tratamiento.

El tratamiento de la incontinencia de la orina completa ó permanente solo exige algunos medios curativos en sus principios, y cuando aun la permanencia no se ha establecido definitivamente; pero conviene advertir que estos medios ofrecen muy pocas probabilidades de buen éxito, y que hágase lo que se quiera, lo ordinario es que la enfermedad haga progresos, y llegue hasta el punto de que no pudiendo acumularse la orina en su receptáculo vaya saliendo gota á gota. Sin embargo, no por esto se debe desesperar completamente, porque se han visto casos, aunque por desgracia muy raros, en que el tratamiento ha sido seguido de buen éxito, ó á lo menos ha logrado contener los progresos de la enfermedad. Hé aquí lo que dice Boyer acerca de esto:

«El tratamiento de la incontinencia de orina incompleta, es decir, de la que no ha llegado todavía á su mayor intensidad, está siempre subordinado á la causa que la ha producido: cuando depende de la atonía del esfínter y del cuello de la vejiga, se usan los remedios propios para despertar la accion de estas partes. *Al exterior* se emplean los *baños de asientos por inmersion en agua fria*, las *aplicaciones frias, espirituosas, balsámicas y aromáticas* al perineo, las *lavativas* con el cocimiento de *quina* y el *alcanfor*, y los *vejigatorios ambulantes* á la region del sacro ó al hipogástrio. *Interiormente* se administra la *quina* y todos los demás remedios apropiados para fortificar los órganos relajados; algunas veces se ha usado la *tintura de cantáridas á la dósis de diez, quince ó veinte gotas* administradas en *agua pura* ó en *un cocimiento de linaza dos veces al dia;* pero se debe esperar muy poco de todos estos remedios cuando la enfermedad es antigua y el sugeto es de edad ya avanzada.

»Cuando la incontinencia de orina incompleta reconoce causa la exaltacion de la sensibilidad y de la contractilidad de la vejiga, se deben usar los remedios propios para combatir esta disposicion patológica, tales como los *baños*, las *lavativas emolientes* y *anodinas*, las *bebidas mucilaginosas*, el *opio* y un *régimen suave*.

»Si el exceso de la irritabilidad de la vijiga es producto de algun vicio acrimonial, por ejemplo, del reumático, se usan medios apropósito para combatirlos, y los que puedan alejar su accion de la vejiga; así, pues, se aconsejarán las *bebidas mucilaginosas* y *diaforéticas*, como la *infusion ligera de borrajas* y de *linaza*, los *baños tibios*, las *friegas secas*, los *vestidos de franela*, un *régimen suave* y la *quietud*. Si estos medios no bastasen se aplicará un *vejigatorio á la region del púbis*, ó bien á las piernas ó á los brazos, *manteniéndole en supuracion* durante muchos meses, y si ha producido buenos efectos se le reemplazará por una *fuente*.

»En la incontinencia de orina producida por un cuerpo extraño

contenido en la vejiga, ó por una afeccion orgánica de esta víscera ó las partes inmediatas, se deben dirigir los medios del arte contra la enfermedad, de la cual es efecto el flujo involuntario de orina, y felices nosotros cuando esta enfermedad es accesible á nuestros medios.»

La *nuez vómica*, de que no se hace mencion en este tratamiento, es, sin embargo, el medio á que se deben los casos mas notables y menos dudosos de curacion, y nos contentaremos con citar aquí el que refieren Trousseau y Pidoux (1), y en el que se trataba de una incontinencia de orina muy grave, puesto que habia sobrevenido á consecuencia de una caida de un sitio elevado, que habia producido una paraplegia y la parálisis de todas las partes contenidas en la pélvis.

La poca eficacia de este tratamiento, reconocida por Boyer y por todos los autores que se han ocupado de esta cuestion, nos ha movido á no entrar en mayores detalles, que por otra parte vamos á hallar inmediatamente en el tratamiento de la incontinencia de orina intermitente, propiamente dicha, á la que Boyer da el nombre de *incontinencia nocturna*, y contra la cual producen estos medios mucho mejor efecto. Solo añadiremos que se puede recurrir tambien á la *electricidad*, de que hablaremos detenidamente al tratar de la *retencion de orina*.

Tratamiento de la incontinencia de orina intermitente propiamente dicha.—Este tratamiento ha ocupado casi exclusivamente la atencion del doctor Mondiere, y su exposicion constituye la mayor parte de la Memoria que ha publicado. En este trabajo se encuentran discutidas con mucho cuidado casi todas las cuestiones terapéuticas importantes que se refieren á nuestro asunto, y por esta razon tomaremos de él el mayor número de consideraciones en que vamos á entrar.

Medios morales.—El doctor Mondiere proscribe con razon todos los medios que consistan en asustar mucho á los niños y en obligarles á hacer actos que les disgustan profundamente, y que puede producir en ellos los mas funestos efectos.

En cuanto á los medios que consisten en *avergonzar* á los niños, sobre todo delante de sus compañeros, y en imponerles los castigos que se usan en esta edad, no tienen los mismos inconvenientes, y por lo comun ya se han empleado antes de haber llamado al médico, reflexion que prueba por sí sola cuán poca es su eficacia en la mayor parte de los casos. Lo que no se debe echar en olvido es que el niño que orina por la noche en la cama lo hace involuntariamente, por un acto automático, y que por consiguiente no puede absolutamente evitar este acto de que no se halla advertido. Si hubiese cierta pereza de su parte, cosa de que es difícil asegurarse, estos medios serian necesariamente mas eficaces, y lo serian todavía mas en los sugetos

(1) Pidoux, *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, 7.ª edicion, Paris, 1868, t. I, p. 886.

que han pasado de la pubertad, pero en resúmen, las mas veces vienen á ser insuficientes. Así todo cuanto es lícito intentar en estos casos está poco mas ó menos reducido á despertar al niño con mayor ó menor frecuencia para hacerle orinar, y procurar por este medio que llegue á adquirir la costumbre de que él mismo se despierte.

Este medio es excelente; es incontestable que la incuria de los padres es la causa de que los niños persistan en el hábito de orinarse en la cama; puede haber sido morboso en su principio, pero pronto este hábito se hace como cualquiera otro.

La incontinencia nocturna se oculta con mucho cuidado por los enfermos y sus familias, lo que tiene importancia en los matrimonios, pues el cónyuge sano le exige con frecuencia al otro que se ponga en curacion. Nosotros hemos visto dos casos, uno de un hombre y otro de una mujer.

1.° *Medicacion interna.—Belladona.*—El doctor Morand (1) concibió la idea de tratar la incontinencia de orina nocturna en los niños por medio de la *belladona*, y ha citado hechos muy concluyentes en favor de este medicamento, que sin duda obra haciendo menos urgente la necesidad de orinar, de tal modo que al cabo de mucho tiempo se habitúan los sugetos á retener la orina toda la noche.

Despues de este autor, Bretonneau, Blache y Trousseau (2) han hecho uso del mismo medio y con igual éxito.

Hé aquí cómo Trousseau ha administrado la belladona á una niña de cinco años:

℞. Polvos de belladona. 10 centíg. | Extracto de belladona....... 5 centíg.
H. S. A. diez píldoras.

La primera semana tomó una píldora cada noche.
La segunda dos á la misma hora.
La tercera semana una.

Despues de la curacion ha continuado de cuando en cuando el tratamiento por espacio de una semana. Gagey adopta la teoría etiológica de Trousseau, y cita observaciones en favor de la medicacion por medio de la belladona.

Segun el doctor Morand (3), el *beleño negro* y el *estramonio*, administrados á la misma dósis y del mismo modo que la belladona, producen efectos análogos.

Tónicos.—Ya hemos dicho que generalmente se ha atribuido la enfermedad á un estado de atonía de los niños, y ya se considere esta

(1) Morand, *Mémoires et observations cliniques*, 1844; *Mémoire sur l'incontinence d'urine (Bulletin général de thérapeutique*, 1845, p. 72, y *Journ. de méd.* de Trousseau, Noviembre, 1845).
(2) Blache et Trousseau, *Union médicale*, 14 Octubre, 1848, y *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1865, t. II, p. 559.
(3) Morand, *Union médicale*, martes 23 de Enero, 1849.

atonía como general ó como parcial, naturalmente se han inclinado los autores á emplear la medicacion tónica. Guersant recomienda el *vino*, el cocimiento de *genciana amarilla* y el de *quina;* pero este profesor solo recurria á esta medicacion cuando la incontinencia no le parecia rebelde, es decir, en los casos en que se debe pensar que la enfermedad tiende expontáneamente á la curacion. Pudiéramos citar un gran número de autores que han hablado en favor de la medicacion tónica, pero una reflexion que ha hecho el doctor Mondiere prueba lo inútil que seria entrar en mayores detalles acerca de este punto. «En ninguna parte, dice este autor, hemos hallado un solo caso de curacion por el uso exclusivo de los amargos y de los tónicos.»

Al mismo tiempo que los tónicos, se ha prescripto una *alimentacion fortificante*, compuesta principalmente de carnes negras y asadas; pero si hemos de juzgar por los hechos, no se han obtenido mayores ventajas.

Ferruginosos.—Es muy raro que al mismo tiempo que se emplean los tónicos propiamente dichos, no se haga uso de los ferruginosos para completar la medicacion; y así es que Guersant aconseja asociar á la quina el *óxido negro de hierro* á la dósis de 4 á 8 gramos (1 á 2 dracmas) al dia; el doctor Meissner asocia las *limaduras de hierro* á las cantáridas, de que vamos á hablar inmediatamente. Imbert (1) ha dado en un caso grave el *subcarbonato de hierro* con buen éxito, y el doctor Mondiere ha obtenido el mismo resultado en una clorótica agregando este último medicamento á otros tónicos en la fórmula siguiente:

R.	Quina roja triturada...	8 gm.	Manzanilla romana...........	15 gm.
	Genci. amarilla cortada.	12 —	Subcarbonato de hierro.......	45 —

Déjense macerar en frio por espacio de cuarenta y ocho horas en un litro (2 cuartillos) de vino blanco bueno. Se toman 60 gramos (2 onzas) mañana y tarde. Se debe poner un paño sobre la boca de la botella para echar el líquido en el vaso.

Resulta de estos hechos que el uso de los ferruginosos tiene mas ventajas que el de los demás tónicos; sin embargo, guardémonos de concederles demasiada confianza, porque son muchísimos los casos en que se han administrado sin resultados, ó sin mas efectos que un alivio momentáneo. Cuando la incontinencia de orina se complica con la *clorosis*, como en el caso que refiere el doctor Mondiere, entonces se halla mas particularmente indicada esta medicacion.

Astringentes.—Algunos médicos, asimilando la incontinencia de orina á ciertos flujos, han ideado tratarla por los astringentes, y solo citaré de entre ellos la *ratania* para mencionar un hecho de curacion que refiere el doctor Roth (2) é indica Mondiere. Es verdad que pa-

(1) Véase Perouse, *Quelques considérations sur l'incontinence d'urine.* Paris, 1834.
(2) Roth, *Bibliothèque médicale*, t. LXVII.

rece que el uso de otros astringentes ha producido á veces buenos resultados, pero esto no basta, sin embargo, para que admitamos su eficacia de un modo general. En efecto, no debemos olvidarnos de que la incontinencia nocturna de orina tiende casi siempre naturalmente á la curacion; que es preciso, por consiguiente, estudiar con especialidad el tratamiento en los casos en que está probado que ha llegado á arraigarse la enfermedad, y que si se toman en cuenta todos los hechos, los que se observan en los niños solo deben considerarse como de un valor dudoso, á menos que no se obtengan en un gran número.

Cantáridas.—El uso de las cantáridas, indicado por la accion especial de esta sustancia sobre la vejiga, ha sido seguido de curacion repetidas veces. Hé aquí lo que nos dice el doctor Mondiere acerca de este punto: «En 1781 publicó Leger (1), maestro de cirugía en Paris, tres observaciones de incontinencia de orina curada por el uso interno de los polvos de cantáridas, y prescribió en *una enferma* de veinticuatro años de edad (2):

R. Cántaridas.......... 30 centígram. | Extracto de borraja... 8 gram.

Divídase en veinticuatro dósis. Se toma una cada noche.

Han sido necesarios, añade el doctor Mondiere, 18 granos (90 centígramos). Las otras dos enfermas, que eran hermanas, una tenia quince y otra trece años, y quedaron perfectamente curadas. Richter y Baumes han obtenido igualmente curaciones por este medio....

Tal vez seria mejor administrar tan solo la *tintura*, cuya accion irritante sobre las vias digestivas es menos fuerte. Esta preparacion se prescribirá á la dósis de diez á veinte gotas al dia en los *adultos*, á la de dos gotas únicamente en los *niños de uno á tres años*, y así sucesivamente en las proporciones que acabamos de indicar.

El doctor Kopp prescribe la mezcla siguiente:

R. Tintura de cantáridas............. } aa. 8 gram.
Tintura de bálsamo del Perú....... }

Se toman veinticuatro gotas en vino, cuatro veces al dia.

Tal vez parecerá esta dósis un poco escesiva.

Volvemos á repetir que las curaciones obtenidas á beneficio de las cantáridas son bastante numerosas para que no pueda dudarse de la eficacia de este tratamiento.

Sabina.—Tambien se ha propuesto la sabina, pero esta sustancia solo puede convenir en casos expeciales. Su accion emenagoga ha debido mover á los prácticos á hacer uso de ella en las jóvenes clo-

(1) Léger, *Ancien Journal de médecine*, t. LV.

(2) Llamamos la atencion acerca de esta edad, porque no deberia darse invariablemente esta dósis, sino disminuirla en una mitad, dos terceras partes, ó mas en los sugetos mas jóvenes.

róticas, en las que hemos visto que el hierro triunfaba á veces. El doctor Horn asegura que ha prescrito con buen éxito este medicamento en casos de incontinencia de orina que ha aparecido despues de un parto laborioso. Es difícil comprender cuál ha sido la accion de la sabina en estas circunstancias. Por lo demás, hé aquí la fórmula del doctor Horn (1).

R. Sabina.............................. 8 gram.

Infúndase durante un cuarto de hora en

Agua hirviendo........................ 150 gram.

Añádase al líquido colado

Alcanfor.............................. 10 á 30 centígram.

Mézelese. Se toma un cucharada cada hora.

Nuez vómica.—El doctor Mondiere, que ha citado en estos últimos años hechos muy concluyentes en favor de la eficacia de la nuez vómica, ha expuesto tambien en su Memoria lo que han dicho acerca de este punto los autores que han empleado dicho medicamento. Segun este autor, parece que Mauricet (2) ha sido el primero que ha usado la nuez vómica contra la incontinencia de orina, y los sugetos que ha tratado por este medio han sido dos hermanos, uno de trece y otro de catorce años. A los tres dias de usar la nuez vómica á la dósis de 25 milígramos (medio grano) por dia, y bajo la forma de extracto alcohólico, la incontinencia de orina habia desaparecido completamente; pero habiéndose suspendido el tratamiento, á los quince dias se reprodujo la enfermedad, y ocurrió nuevamente otra recidiva, hasta que al fin, habiendo continuado el mismo medicamento por espacio de un mes, se obtuvo una completa curacion. Los hechos que refiere el doctor Mondiere son todavía mas notables, porque algunos son de sugetos de diez y seis y hasta de veinte años, en los cuales la incontinencia de orina contaba una duracion muy larga, y habia sido tratada inútilmente por un gran número de medios. Hé aquí las píldoras que prescribe este autor.

R. Extracto de nuez vómica............ 40 centígram.
Oxido negro de hierro.................. 4 gram.

Háganse veinticuatro píldoras. Se toman tres al dia.

Una jóven de veinte años se ha curado despues de haber tomado 1,20 gramos (un escrúpulo) del medicamento. Se puede aumentar considerablemente la dósis, puesto que en un niño de nueve años habia llegado á dar el doctor Mondiere hasta 30 centígramos (6 granos) de nuez vómica por dia, en tres veces.

(1) Mauricet, *Observation de paralysie rhumatismale guérie par l'extrait alcoolique de strychnos (Arkiv. générales de med.*, 1827, t. XIII, p. 403).
(2) Véase Schmidt, *Rec.*

Las píldoras que acabamos de citar deben, pues, considerarse como el medicamento mas útil en este achaque tan incómodo. El práctico hallará fácilmente la dósis que conviene á cada sugeto, segun la edad; y en cuanto á aumentar esta dósis, debe guiarse por los fenómenos, teniendo siempre cuidado de obrar con gran prudencia.

Sin embargo, la nuez vómica es una sustancia mas fácil de manejar que las cantáridas, y así tambien debe dársele la preferencia bajo este punto de vista.

Creo inútil añadir que la *estricnina*, dada á la dósis de 1 á 3 centígramos ($^1/_5$ á $^3/_5$ de grano) en el adulto, pudiera reemplazar á la nuez vómica; y en efecto, el doctor Mondiere ha citado un caso de curacion por este medio tomado de un periódico aleman. El mismo autor cree que cuando la nuez vómica administrada al interior hubiese sido ineficaz, tal vez seria útil aplicar al perineo un vejigatorio espolvoreado con estricnina. Trousseau da el jarabe de sulfato de estricnina cuando hay atonía del esfinter vexical ó de toda la vejiga.

Medios diversos.—Se han elogiado los buenos efectos del *petróleo*, que Rust aconseja prescribir á la dósis de 5 á 8 gotas cada dos horas y emplearle además en fricciones. El doctor Meyer ha propuesto la fórmula siguiente, en la cual entra la *creosota* como principal medicamento.

R. Creosota........................	5 gotas.
Cocimiento de altea...............	150 gram.
Jarabe de cáscara de naranja.......	30 gram.

Mézclese. Se toma á cucharaditas en las veinticuatro horas.

Se ha empleado tambien el *ácido benzóico*, y el doctor de Fraene (1) ha curado á una niña haciéndola tomar unas píldoras compuestas con 8 gramos (2 dracmas) de este ácido para cuarenta píldoras, á la dósis de cuatro mañana y noche. Este es un medio que merece que se hagan nuevos experimentos acerca de su eficacia.

Finalmente, se ha aconsejado el uso del *agua de cal*. Debout (2) aconseja el almácigo en las niñas, que se usó por los antiguos y que ya ha caido en desuso:

Almácigo en láminas......	32 gram.	Jarabe simple.............	C. S.

H. S. A. 64 bolos, ó 128 píldoras para tomar el total en cinco ó seis dias.

2.° *Medicacion externa.*—Es raro que se hayan limitado los prácticos al uso de medios aplicados á la superficie del cuerpo, pues casi siempre se recurre á estos tan solo como ayudantes de los internos que ya hemos indicado, sin embargo hay algunos que son bastante activos para merecer que entremos en ciertos detalles acerca de ellos.

(1) De Fraene, *Journal de médecine de Bruxelles*, 1845.

(2) Debout, *Mastic en larmes contra l'incontinence d'urine* (*Bulletin de thérapeutique*, 1859, t. LVII, p. 24).

Aplicacion del agua fria y baños frios.—Underwood (1) queria que á un *régimen escitante* y á un *ejercicio conveniente* se agregasen *fomentos hechos con agua fria* al perineo y partes inmediatas. Sin embargo, el mismo autor concede tan solo á este medio una confianza muy limitada.

Se han aconsejado mas particularmente los *baños frios*, y se han citado hechos que deponen en su favor. Segun el doctor Constant (2) Baudelocque y Guersant han obtenido buenos resultados empleando baños á 18 ó 20 grados, pero los que han producido mejor resultado han sido los *baños frios por inmersion*, de que hizo uso Dupuytren.

Lleno un baño de agua hasta la altura conveniente y á la temperatura exterior, se sumergia en él al enfermo, sacándole en seguida para volver otra vez á introducirle, y así sucesivamente durante dos ó tres minutos; en seguida se le secaba con cuidado, se le vestia con ropas calientes y se le mandaba hacer ejercicio. Champouillon aconseja los baños frios y los helados, que tienen la ventaja de curar la incontinencia real y ablandar la falsa.

Los *baños de mar por inmersion* tienen necesariamente las mismas ventajas, y además la accion sobre la piel de las sustancias contenidas en el agua salada, por todo lo cual han sido sumamente recomendados.

El doctor Mondiere hace, apropósito de los baños frios, y sobre todo de los baños por inmersion, reflexiones que tienden á disminuir mucho el valor de estos agentes terapéuticos. Es ciérto que las pruebas de su eficacia no son ni precisas ni numerosas, pero respecto á los accidentes que la inmersion en el agua fria pudiera causar, nos parece que el doctor Mondiere los exagera un poco.

Baños aromáticos.—Creo debo reproducir aquí el pasaje de la Memoria del doctor Mondiere en que describe y juzga los baños aromáticos propuestos por el profesor Lallemand (3).

«Los baños aromáticos que emplea Lallemand, dice el doctor Mondiere, deben merecer la preferencia sobre los baños frios, en razon á que no hay que temer del uso de los primeros los accidentes que pueden producir los últimos, y porque, segun dice el profesor de Mompeller, *no se ha resistido á su accion ningun caso de incontinencia de orina.* Sin embargo, los resultados del tratamiento de Lallemand son menos prontos que los que obtenia Dupuytren por su método, puesto que apenas se empieza á observar un cambio notable hasta despues de ocho á diez baños, y que son á veces necesarios quince, diez y ocho y hasta treinta para obtener una curacion completa.

(1) Underwood, *Traité des maladies des enfants*, trad. d'Eusèbe de Salles p. 779.
(2) Constant, *Bulletin général de thérapeutique*, t. X, 1836.
(3) Lallemand, *Observations et réflexiones sur les maladies des organes génito-urinaires*, 4.ª parte; Paris, 1827.

Sea lo que quiera, hé aquí el modo de preparar los baños aromáticos.

«Se echa agua hirviendo sobre *cuatro ó cinco puñados* de las plantas labiadas, llamadas *especies aromáticas*, y en seguida se tapa exactamente. Se deja enfriar hasta una temperatura agradable y se añade *un vaso de aguardiente*, metiendo al niño en el baño, cubriéndole y *dejándole en él interin se halle bien;* al sacarle se le frota con franela y se le viste con ropas calientes.

»Despues de cinco ó seis años se debe *aumentar la cantidad* de las plantas aromáticas y del aguardiente, y si los primeros escitan demasiado, es preciso dejar dos ó tres dias intermedios entre cada baño.»

Ventosas secas.—El doctor Canin (1) ha citado dos casos de curacion de incontinencia de orina por la aplicacion de muchas ventosas secas *al perineo*. La accion de este medio parece enteramente dudosa.

Otros serian los resultados de la electricidad aplicada por otro procedimiento que expone Nardin, y que la ha visto usar á Mallez y Tripier.

La razon del empleo de este agente es bien sabido que es la atonía del esfínter y de la vejiga: se coloca en esta una sonda del número 12 de la escala de Charriere, provista en su centro de un conductor que esté en comunicacion con una pequeña chapa de cobre fijada en las paredes de la sonda, á dos milímetros de su extremidad vexical. La extremidad libre está en relacion con el polo positivo, y el muslo con el negativo de una pila. Benoist y Marié-Davy, de seis elementos: esta práctica no es dolorosa, y segun las observaciones de Nardin, es de un éxito generalmente pronto y lisonjero.

Vejigatorios y moxas.—El vejigatorio ejerce una doble accion, pues primero es un excitante poderoso, y despues un medio indirecto que ya hemos juzgado, puesto que consiste tan solo en la influencia de las cantáridas absorbidas sobre el cuello de la vejiga. Se aplica principalmente al hipogástrio, y si se quieren multiplicar los emplastos, se ponen otros al perineo y al sacro. Se hallan en los autores ejemplos bastante numerosos de la utilidad de los vejigatorios; pero solo se deberia recurrir á ellos, como lo ha recomendado el doctor Mondiere, para los baños aromáticos, en los casos en que hubiesen sido ineficaces otros medios mas prontos, mas seguros y no dolorosos, y en particular la nuez vómica.

En cuanto á la *moxa* debe proscribirse, por ser un medio doloroso y de una accion sumamente dudosa.

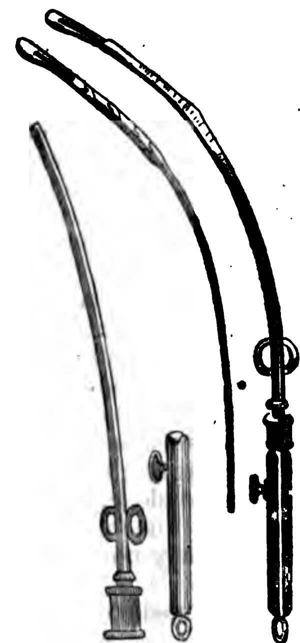
Electricidad.—Webster y Mauduit (2), dice el doctor Mondiere, han curado incontinencias de orina sacando chispas á lo largo del rafe y de la sínfisis del púbis; pero este mismo autor hace notar que Guer-

(1) Canin, *Incontinence d'urine guérie par l'application de ventouses sèches au périnée (Archives générales de médecine*, 1826, t. XII, p. 618).

(2) Webster y Mauduyt, véase Bonnefoy, *De l'application de l'électricité à l'art de guérir*. Lyon, 1782.

sant, siempre que ha empleado la electricidad, lo ha hecho sin resultados.

Sonda.—Colocamos entre los medios externos el uso de la sonda, que obra directamente sobre el cuello de la vejiga. Ya Goulard la habia propuesto, pero el que mas ha insistido acerca de su eficacia ha sido el doctor Samuel Lair (1). Este autor ha citado tres casos en que esta práctica ha obtenido buen éxito; pero es preciso notar que en estos casos se introdujo la sonda *untada en tintura de cantáridas*, y que por consiguiente la medicacion fué complexa. Por el contrario, los hechos que refieren Baudelocque y Mondiere son muy simples, puesto que estos profesores se han limitado á introducir una sonda, y hacer por medio de movimientos de vaiven y de circunduccion fricciones ligeras á la region prostática de la uretra y al cuello de la vejiga. Este medio ha obtenido buen éxito; pero hallamos en el caso que ha observado el doctor Mondiere, que la accion de la sonda ni es muy pronta ni impide que haya recidivas mas ó menos numerosas. Si se quiere usar el procedimiento de Lair, es preciso conducir la sonda de modo que obre tan solo sobre la region prostática y el cuello de la vejiga, y en la mujer hay, por el contrario, que irritar todo el conducto.


Fig. 119.
Porta-cáustico de Lallemand.

Nelaton se limita á introducir la sonda cinco ó seis veces con el intervalo de dos ó tres dias (Nardin).

Instrumentos para interceptar el curso de la orina.—Solo tenemos que decir dos palabras respecto á estos medios. Es evidente que en los ancianos del sexo masculino, que padecen una incontinencia de orina permanente ó completa, no se deben aplicar los instrumentos de este género, sino limitarse á aconsejarles que lleven siempre colocado un orinal de goma elástica, en el que va cayendo la orina gota á gota. «En las mujeres se puede interceptar el paso de la orina, dice Boyer, comprimiendo la uretra contra la sínfisis del púbis por medio de un boton blando de goma elástica aplicado á la parte anterior de la pared inferior de la vagina. Este boton está fijo á la extremidad de un mango elástico encorvado, sujeto por su parte superior á una chapa, que se asegura de un modo invariable á los púbis por

(1) Samuel Lair, Academia de medicina, 24 de Agosto, 1826.

medio de un cinturon.» Estos medios mecánicos solo pueden ser en tales casos simplemente paliativos.

Pero se ha hecho uso de otros medios en la incontinencia de orina intermitente ó nocturna, y con un objeto curativo. Así se ha inventado la compresion de la uretra por diversos procedimientos, y entre otros por la aplicacion del *vendaje de eslabones* ó *constrictor del miembro;* pero en la actualidad se ha renunciado generalmente á estos medios, que son molestos, dolorosos y pueden tener sus peligros. Si no obstante hubiese que recurrir á ellos por un motivo cualquiera, solo se deberia ejercer la compresion de la uretra directamente debajo de los púbis.

Mejor recurso es el usar el compresor de la próstata de Trousseau, del cual damos la descripcion y la figura en el artículo PÉRDIDAS SEMINALES INVOLUNTARIAS.

El doctor Chambers (1) ha logrado detener una incontinencia de orina *cauterizando con el nitrato de plata* el conducto urinario en una jóven de diez y seis años tratada infructuosamente por las cantáridas, el cloruro de hierro y los chorros frios á los órganos genitales. Demeaux (2) ha ideado cauterizar el cuello de la vejiga despues de haber puesto varios medios en práctica infructuosamente en un caso de incontinencia de orina intermitente; para ello se valió del porta-cáusticos de Lallemand: en un enfermo fué necesario cauterizar dos veces; en otro bastó una sola cauterizacion, y desapareció completamente la enfermedad. Ya hemos visto mas arriba que se hubieran podido emplear otros muchos medios mas eficaces antes de llegar á esta cauterizacion dolorosa, cuyos efectos debe, sin embargo, conocer el práctico para los casos extremos.

Tales son los medios que se dirigen contra esta afeccion incómoda y desagradable, aunque por sí misma no es peligrosa. No creemos necesario repetir que los que principalmente deben merecer la confianza del práctico en el estado actual de la ciencia son la nuez vómica y la belladona.

La orina, por su contacto con la piel de los muslos y del perineo, produce una irritacion grave, que *para combatirla y evitarla* ha empleado con buen éxito el doctor Maurat (3) la fórmula siguiente:

R.	Magnesia calcinada.......	aa. partes iguales.
	Sesquióxido de hierro.....	
	Agua tibia..............	C. S.

Hágase una pasta.

Se untan con esta pasta las partes que están en contacto con la orina, y se espolvorean con dextrina las partes declives en que no se sostuviera la pasta.

(1) Chambers, *The lancet* y *Annales de Roulers*, 1.ª entrega, 1849.
(2) Demeaux, *Gazette des hôpitaux*, Enero de 1851.
(3) Maurat, *Revue médico-chirurgicale de Paris*, Marzo de 1847.

Resúmen.—1.º *Medios morales.* 2.º *Medicacion interna.* Belladona, tónicos, ferruginosos, cantáridas, nuez vómica y otros diversos medios. 3.º *Medicacion externa.* Aplicacion del agua fria, baños frios, de mar y aromáticos, vejigatorios, moxas, electricidad, sonda, instrumentos para detener el curso de la orina y cauterizacion del conducto.

ARTICULO VI.

PARÁLISIS DE LA VEJIGA Y RETENCION DE ORINA.

Nadie ha sostenido en nuestro juicio que la parálisis de la vejiga no baste por sí misma para ocasionar la retencion de orina. Las circunstancias tan comunes en que se produce este fenómeno, tales como las afecciones cerebrales y las lesiones de la médula espinal, han hecho que se conviniese en todos tiempos, en que no recibiendo ya las fibras musculares de la vejiga la influencia nerviosa por efecto de estas lesiones, y cesando por lo mismo de contraerse, no pueden expulsar el líquido, que por lo tanto se acumula en el órgano y le distiende con frecuencia extraordinariamente. Pero recientemente se ha suscitado la cuestion de si puede verificarse esta parálisis de la vejiga primitivamente, sin lesion anterior del órgano, ó en otros términos, si puede haber una *parálisis esencial* de esta víscera. Esta cuestion es para nosotros de mucha importancia, porque precisamente esta parálisis esencial es la que mas nos interesa estudiar, puesto que la que es consecutiva á afecciones del cerebro, de la médula espinal, etc., debe ocupar su lugar en la descripcion de estas enfermedades, de las que no es mas que un fenómeno secundario, cualquiera que sea por otra parte su importancia.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Volveremos á repetir que en estos últimos años ha sido cuando se han suscitado dudas acerca de la existencia de la parálisis esencial de la vejiga, puesto que todos los autores, antes de Leroy (d'Etiolles) y Mercier (1) han considerado á esta parálisis como una de las causas mas frecuentes de la retencion de orina en los ancianos. Pero estos últimos autores, apoyándose en un gran número de hechos, han tratado de demostrar, no tan solo que en muchos casos se habia desconocido la existencia de una tumefaccion de la próstata, que oponia un obstáculo al curso de la orina, sino tambien que la retencion de este líquido, en los casos en que se ha atribuido á una parálisis esencial de la vejiga, reconocia siempre por causa un obstáculo material, por el cual se explican, segun el doctor Mercier, muchas particularidades

(1) Mercier, *Recherches sur une cause fréquente et peu connue de retention d'urine*. Paris, 1844.

que de otro modo es muy difícil comprender. Si esta especie de retencion de orina se observa casi exclusivamente en los ancianos, esto consiste en que los tumores de la próstata apenas se presentan mas que en esta edad; y si casi nunca la padecen las mujeres, al paso que se observa con tanta frecuencia en los hombres, depende de que falta completamente en ellas el órgano que por su lesion produce la enfermedad, y que es preciso el desarrollo mucho mas raro de otros obstáculos para ocasionarla. . .

Se han hecho objeciones fuertes á esta opinion. «No es difícil, dice Civiale (1), distinguir si la orina acumulada en la vejiga permanece en ella porque no es expulsada, ó porque hay un obstáculo en el cuello de la vejiga que la retiene, paralizando los esfuerzos de expulsion: basta para esto introducir una sonda ordinaria en la vejiga hallándose el enfermo en decúbito supino. Si la víscera se contrae, el líquido será expulsado con fuerza hasta la última gota, y únicamente hácia el fin será el chorro menos extenso. Por el contrario, en el caso en que la vejiga haya perdido en parte ó en totalidad su potencia expulsiva, solo empujará las primeras columnas del líquido que la sobredistendian, y desde que la elasticidad ha producido su efecto, la orina ya no sale sino rastreando y de un modo muy lento. Si se comprime sobre el hipogástrio, ó se manda al enfermo que empuje ó que tosa, se forma un chorro, que cesa en el momento en que deja de obrar la potencia accesoria. Así, para vaciar enteramente la vejiga es preciso practicar fricciones repetidas al hipogástrio, y encargar al enfermo que siga empujando por mucho tiempo. Esta experiencia puede repetirse todos los dias, y prueba de un modo indudable que la víscera no se contrae.

En efecto, no es posible dejar de admitir en tales casos la parálisis de la vejiga.

Por lo demás Civiale no rechaza en todos los casos la hipótesis del obstáculo en el curso de la orina; lejos de eso, á esta série de accidentes conserva el nombre de retencion de orina, prefiriendo llamar *estancacion de la orina* á la imposibilidad de orinar por la parálisis ó atonía intrínseca de la vejiga, es decir, lo que ahora estamos estudiando.

§ II.—Causas.

«Esta parálisis, comun, segun dice Boyer (2), en las personas de edad avanzada, puede aparecer en todas las épocas de la vida á consecuencia de una afeccion del cerebro, de una conmocion, de una distension violenta, ó de la compresion de la médula espinal, de la

(1) Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 3.ª edicion. Paris, 1860.
(2) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, 4ª édition, t. IX, p. 169.

distension forzada de las fibras de la vejiga, de la inflamacion de esta víscera, de una metástasis reumática, gotosa, herpética, sórica ó de otra clase sobre sus paredes; pero sus causas mas comunes son la intemperancia y la vejez.» Si hemos citado este pasaje no es porque creamos que deban admitirse sin contestacion la existencia de estas causas, porque no tardaremos en ver que las aserciones que emite Boyer, y que son la expresion de las ideas admitidas hasta este autor acerca de este punto, ni tienen todo el valor que seria de desear, ni parecen fundadas en hechos bien positivos.

Por de pronto, y en el terreno en que nos hemos colocado, no debemos tomar en cuenta las alteraciones de los centros nerviosos. En cuanto á la inflamacion de la vejiga, principalmente bajo la influencia de un trabajo inflamatorio de sus paredes, principalmente de su capa muscular, llegando este órgano á perder su facultad contractil, lo que sucede frecuentemente con otras vísceras huecas (Civiale).

En cuanto á las diversas metastásis admitidas por Boyer, no existen en la ciencia pruebas suficientes, haciendo excepcion del reumatismo.

Quedan, pues, la *distension forzada de las fibras de la vejiga*, la *intemperancia* y la *vejez*. Se han citado muchos hechos que prueban la realidad de la primera de estas causas, y el mas célebre es el que Boyer ha tomado de Ambrosio Pareo; sin embargo, es preciso hacer una observacion acerca de este punto: si á consecuencia de la distension forzada de la vejiga no se observa otra cosa mas que la imposibilidad actual que experimenta este órgano para desembarazarse del líquido acumulado, y si basta el primer cateterismo para devolverla su resorte, casi no se puede admitir que haya habido parálisis en la acepcion exacta de esta palabra, sino que ha existido simplemente un obstáculo material á la libre contraccion de las fibras, que se ha efectuado desde que este obstáculo se ha desvanecido. Pero algunas veces se ha visto abolido el resorte de la vejiga durante un tiempo mas ó menos largo despues de la evacuacion de la orina, y en tal caso no puede negarse que existe una verdadera parálisis por causa mecánica.

Segun Civiale, los obstáculos mecánicos que causan la retencion en el sentido que se da á esta palabra, producen en seguida la parálisis ó atonía de la vejiga tal como nosotros la comprendemos por el hecho de la fatiga de este órgano obligado á contraerse sobre una masa exagerada de líquido. Puede coexistir la parálisis con la hipertrofia de la túnica muscular de la vejiga.

En cuanto á la *intemperancia*, á la *masturbacion* y á los *escesos venéreos* de toda especie, los hechos son menos concluyentes, pues no se ha cuidado de tomar en consideracion muchas circunstancias, tales como las enfermedades sifilíticas, las estrecheces y las tumefacciones de la próstata, y se ha atribuido con mucha frecuencia á una

parálisis esencial de la vejiga la retencion de orina producida por estas diversas causas.

«Es tan comun en los ancianos, dice Boyer, la parálisis de la vejiga, que se ha clasificado la retencion de orina que de ella resulta entre las enfermedades *propias de la vejez;* sin embargo, no todos los ancianos están predispuestos á padecerla, sino que ataca particularmente á los de *temperamento linfático*, á las personas *obesas* y de *vida sedentaria*, á los hombres de estudios, á los jugadores, niños alegres, como dice J. L. Petit, que no se cansan de estar arrimados á una mesa, á los que por pereza, por negligencia ó por vivacidad no dan tiempo á que salga la última gota de orina, y finalmente, á los que por la noche orinan echados de lado en vez de levantarse ó de ponerse de rodillas en la cama. En las mujeres se ha visto la parálisis de la vejiga resultar de la retencion de orina ocasionada por una neuralgia de la uretra.

§ III—Síntomas.

Exceptuando los casos en que la parálisis de la vejiga resulta de la distension forzada de sus fibras, esta enfermedad y la retencion de orina, que es su consecuencia, empiezan de un modo casi insensible, de suerte que puede existir un espacio de tiempo bastante largo sin que el enfermo perciba absolutamente nada. Al principio no es mas que una simple pereza del órgano, los sugetos sienten con menos frecuencia la necesidad de orinar, y trascurre cierto tiempo antes de poder satisfacerla.

En una época mas ó menos distante de la invasion, segun los casos, solo se percibe la *necesidad de orinar* cuando la distension de la vejiga ha llegado al punto de causar un verdadero *dolor*, y por último, mas tarde se acumula el líquido sin poder absolutamente ser expulsado, y entonces la retencion es completa.

En los primeros tiempos basta por sí sola la contraccion de la vejiga para evacuar la orina, y únicamente el *chorro* es menor, y sobre todo las últimas gotas, lejos de salir con energía, como sucede en un sugeto sano, caen, por decirlo así, por su propio peso y verticalmente entre las piernas del enfermo. En una época mas avanzada no basta ya la contraccion de las fibras musculares de la vejiga, sino que se agregan contracciones mas ó menos enérgicas de los músculos del abdómen, que como suplen de un modo imperfecto las de la víscera, solo producen un chorro pequeño y por lo comun interrumpido, y dejan en la uretra algunas gotas de orina, que no habiendo sido expulsadas ensucian luego los vestidos. Finalmente, progresando sin cesar la enfermedad, los sugetos tardan mucho antes de poder orinar, tienen necesidad de aumentar cada dia mas los esfuerzos abdominales, se ponen encorvados y separan los muslos cuando quieren vaciar la vejiga, y á pesar de todo no llegan á conseguirlo; sale

únicamente una parte del líquido, los enfermos sienten ganas de orinar á intervalos cada vez mas próximos, y por último, concluye por declararse la retencion completa de orina.

Cuando la enfermedad ha llegado á este grado, la distension de la vejiga aumenta á cada instante, y se observa lo siguiente. Al principio la afeccion es *indolente*, ó causa tan solo una *incomodidad* soportable; pero cuando la distension del órgano ha escedido de ciertos límites, hay por lo comun un *dolor* incesante con exacerbaciones mas ó menos aproximadas.

Si no se hace cesar este estado introduciendo la sonda, termina por la evacuacion de la orina gota á gota, sin que deje por esto de hallarse distendida la vejiga. Sucede entonces lo mismo que si se introdujese una nueva cantidad de líquido en una vasija inerte y con dos aberturas; el *escedente* que se introdujese por la una se saldria por la otra, que es á lo que se ha llamado orinar por *rebosamiento*. Hay, sin embargo, de particular en este estado, como lo han notado todos los autores, que la accion de evacuar la orina no es todavía completamente extraña á la voluntad, en el sentido de que puede suspender el enfermo la salida del líquido durante cierto tiempo; pero esta suspension no puede ser muy larga, porque aumentando siempre la acumulacion del líquido y la distension de la vejiga, pronto su salida llega á hacerse necesaria.

No indicaremos aquí el tenesmo vesical, el dolor excesivo ni otros accidentes de la retencion de orina, porque solo se presentan en los casos en que se opone algun obstáculo al rebosamiento, y por consiguiente los hechos de este género difieren de los que estamos estudiando.

Hay un síntoma necesario, y que es uno de los mas importantes de esta afeccion: hablamos del tumor que aparece en el hipogástrio y que resulta de la distension de la vejiga. Este tumor es indolente en el caso que nos ocupa, tanto que una presion algo fuerte apenas ocasiona un poco de sensibilidad. Este tumor nunca llega al grado de tension y de resistencia que presenta la vejiga distendida á consecuencia de una retencion de orina completa que depende de un obstáculo mecánico al curso de este líquido, sino que, por el contrario, se le puede deprimir fácilmente, sobre todo si están flácidas las paredes del abdómen, y bastante á menudo la *palpacion* practicada convenientemente produce una *fluctuacion* manifiesta. Mas adelante veremos que estos signos han dado lugar muchas veces á errores de diagnóstico.

La vejiga puede subir hasta el ombligo y aun mas arriba, y si se quiere buscar la parte superior de esta víscera, sosteniéndola con la palma de la mano, despues de haber deprimido con fuerza la pared abdominal con el borde cubital de esta parte, se percibe un *tumor* globuloso perfectamente manifiesto. Esta maniobra aumenta además un poco la salida de la orina, que se verifica por rebosamiento.

La *percusion* sirve tambien para dar á conocer la dilatacion de la vejiga por la orina. Por este medio se percibe un sonido completamente á macizo por encima de los púbis, que se extiende hasta una línea curva que pasando á una distancia variable del ombligo, circunscribe los límites de la víscera distendida. Fuera de esta línea se nota el sonido claro que dan los intestinos, sonido que se vuelve á hallar por uno y otro lado en los vacíos y en las fosas ilíacas, á no ser que haya complicacion; todo esto, pues, da á conocer que hay un tumor que tiene, por decirlo así, su raíz en la parte media de la pélvis y que desde aquí se va ensanchando á derecha é izquierda de la línea media. Se ha hallado además, hácia el limite semicircular del tumor, el sonido *humoral* que resulta, como todos saben, de la justa posicion de un líquido y los gases intestinales.

Tales son los síntomas de la parálisis esencial de la vejiga y de la retencion de orina que esta ocasiona; los accidentes locales y los desórdenes generales que esta retencion puede producir corresponden exclusivamente á los casos en que es consecutiva á los diversos obstáculos que antes de ahora hemos mencionado. Lo único que interesa decir aquí es que no suele ser raro que aparezca el catarro vexical completando esta afeccion.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

Al hacer la historia de los síntomas, hemos tenido que seguir los diversos grados de la afeccion, y por consiguiente indicar su *curso*. Así nos bastará recordar que en la parálisis por distension forzada de las fibras de la vejiga, la enfermedad aparece de repente y no tarda en desaparecer, al paso que en los demás casos el curso es muy lento y casi siempre la afeccion llega á hacerse permanente. De aquí resulta que la *duracion*, que en el primer caso puede ser solo de algunos dias, tiene comunmente por término en el segundo la vida de los sugetos.

La parálisis por simple distension *termina* siempre de un modo favorable, á menos que no sobrevenga una inflamacion muy aguda que puede causar la muerte; pero los casos de este género son sumamente raros. En la segunda especie de parálisis se ha podido conseguir á veces la curacion cuando se ha podido tratar la enfermedad en una época próxima á su invasion; pero por lo comun llega á ser permanente y los sugetos se ven precisados á no orinar sino á beneficio de la sonda.

§ V.—Lesiones anatómicas.

No deben detenernos mucho tiempo las *lesiones anatómicas*. Ya hemos hablado de cierto grado de catarro crónico, el cual deja las alteraciones que hemos descrito en uno de los artículos anteriores.

A consecuencia de la distension de la vejiga hay un adelgazamiento de sus paredes, á lo menos así lo dicen los autores, sin hablar de la hipertrofia que resulta ordinariamente de la dilatacion de los órganos huecos, que ha sido señalada expresamente por Civiale (1).

Son en este caso las paredes espesas, duras y resistentes, notándose columnas salientes y sin desarrollar. Hay entonces una especie de atrofia muscular, que se puede demostrar por medio de la autopsia; se presenta sobre todo esta lesion en los casos en los que la parálisis se debe á un obstáculo permanente, sobre todo á los cálculos.

§ VII.—Diagnóstico y pronóstico.

Cuando la orina sale por rebosamiento, el diagnóstico es de los mas fáciles; antes de que haya empezado esta evacuacion por rebosamiento, entonces el tumor que resulta de la distension de la vejiga puede confundirse con una ascitis ó con un tumor uterino, y principalmente con la *fisómetra* y la *hidrómetra.*

Hay una regla práctica muy sencilla y que basta para hacer imposible todo error, y es introducir una sonda en la vejiga siempre que haya la menor duda acerca de la naturaleza del tumor. Muchas veces ha sucedido que esta introduccion de la sonda hecha por un cirujano que habia sido llamado para practicar la *paracentesis*, ha dado á conocer el error é impedido una operacion, cuyas graves consecuencias en semejante caso creemos inútil enumerar. Vale, pues, mucho mas practicar el cateterismo inútilmente, que exponerse á tan grave equivocacion.

Hé aquí ahora los signos por los cuales se conoce que es una acumulacion de orina en la vejiga y no una *ascitis*; en esta última enfermedad el nivel del líquido forma á las inmediaciones del ombligo una curva de concavidad superior, y *dentro* de la cual se percibe el sonido claro de los intestinos y del estómago; por el contrario, en la distension de la vejiga el nivel del líquido forma una curva con la convexidad hácia arriba, y á su *rededor* se nota el sonido claro que acabamos de indicar; en los vacíos y en las fosas ilíacas se percibe tambien este sonido claro, al paso que en la ascitis un poco considerable, única en que pudiera haber error, estas partes dan un sonido muy á macizo á la percusion. Si en la ascitis se manda cambiar de posicion al enfermo, se dirige el líquido hácia las partes declives, y de aquí las modificaciones en el sonido de las diferentes partes que hemos descrito en el artículo *Ascitis*, y que no se presentan en la retencion de orina; finalmente, la fluctuacion en esta enfermedad es limitada, y no siempre se percibe fácilmente, mientras que en la ascitis se la obtiene con facilidad y de un vacío á otro.

(1) Civiale, *loc. cit.*, t. III, p. 223.

Estos signos no tienen, sin embargo, un valor absoluto, pues en las parálisis vexicales muy avanzadas, puede haber en la vejiga una gran cantidad de orina, sin que por esta circunstancia se produzca un tumor globular resistente; la cavidad urinaria está, por el contrario, extendida y movible.

Solo un exámen muy superficial pudiera hacer que se tomase por una retencion de orina una *fisómetra*, afeccion sumamente rara; en efecto, para distinguirlas basta percutir; el sonido es claro en el tumor que caracteriza esta afeccion, y macizo en el que resulta de la retencion de orina.

No sucede lo mismo con la *hidrómetra*, y es tanto mas fácil cometer el error, cuanto que el útero tumefacto puede, comprimiendo la vejiga, hacer muy difícil la evacuacion de la orina, y que además el tumor ocupa la misma situacion en los dos casos. Sin embargo, el que está formado por la *hidrómetra* es mas duro y se deja deprimir muy poco; por el tacto vaginal se nota que el útero ha subido á la pélvis superior, y que es mucho mas pesado que en el estado normal, y la exploracion por el recto permite apreciar el cuerpo de la matriz considerablemente aumentada de volúmen. Además, la hidrómetra es tambien una enfermedad rara, y en ella no se percibe la fluctuacion como en la retencion de orina por parálisis de la vejiga. Por último, el cateterismo, que siempre debe hacerse en estos casos, desvanece pronto y completamente todas las dudas.

Las mismas reflexiones son aplicables á los *tumores del ovario*, que suelen ser además desiguales, tienen una resistencia que varía en los diversos puntos de su extension, y presentan la particularidad importante de que el sonido á macizo se prolonga á la fosa ilíaca donde empiezan estos tumores, y en cuyo punto se percibe su raíz por medio de la palpacion.

Hay que añadir los resultados de la percusion lumbar: estando el enfermo sentado, la sonoridad es diferente en un lado que en otro, cuando se trata de un tumor ovárico, y lo mismo sucede en el caso de ascitis ó retencion de orina.

Sabatier habla de una mujer que se proponia ir á ciertos baños, para obtener la resolucion de un tumor que tenia en el hipogástrio despues del último parto, y que creia situado en la matriz; no era otra cosa que la vejiga distendida, y desapareció con la introduccion de la sonda (Civiale). Baillarger (1) ha visto una jóven que se suponia en cinta de tres meses, librada de su falso embarazo por la vuelta de la actividad muscular de la vejiga; no se sabia que habia retencion de orina.

Finalmente, conviene asegurarse de si la enfermedad es realmente una retencion de orina por parálisis de la vejiga, ó si depende de un obstáculo al curso de la orina. Solo haremos mencion aquí de uno

(1) Baillarger, *Gazette des hôpitaux*, Junio 1858.

de estos obstáculos, que con los otros no es posible cometer error; hablamos de la *tumefacion de la próstata*. En los casos de retencion de orina por parálisis es notable la facilidad con que se practica el cateterismo con sondas de todas corvaduras, y aun con sondas rectas, cuando por el contrario es preciso hacer uso de una muy encorvada para penetrar en la vejiga de los sugetos que tienen una tumefaccion de la próstata bastante considerable para ocasionar la retencion completa de orina, y además nunca se efectúa el cateterismo sin dificultad, cualquiera que sea la habilidad del operador. Los caractéres que indica Civiale para los dos casos acaban de completar el diagnóstico.

En algunas mujeres histéricas se observa una retencion de orina que exige el uso diario de la sonda, y pudiera creerse que habia entonces una retencion por parálisis; pero luego que se hace el cateterismo se observa que el líquido sale á chorro hasta la última gota. Es una retencion por espasmo del cuello, que si no se remedia pronto, podrá causar una verdadera parálisis.

Bettremieux (1), despues Duchenne (de Boulogne), distinguen en las parálisis de la vejiga el caso en que no se produce sino sobre la sensibilidad expecial de la mucosa vexical, sin interesar las capas musculares; cuando se presenta esta lesion funcional, la contractilidad muscular cesa de obrar por no haber sido estimulada; se reconoce esta variedad de parálisis en la ausencia de dolores, bajo la influencia de la electricidad localizada aplicada á la vejiga.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° *Signos distintivos de la retencion de orina por parálisis de la vejiga y de la hidropesia ascitis.*

RETENCION DE ORINA.	ASCITIS.
El nivel del líquido forma una curva con la *convexidad* hácia arriba; sonido claro de los intestinos *alrededor* de esta línea.	El nivel del líquido forma una curva con la *concavidad* hácia arriba; sonido claro de los intestinos *dentro* de esta línea.
No mudan notablemente las relaciones de la resonancia y del sonido á macizo por el cambio de posicion del enfermo.	Por el cambio de posicion del enfermo se *hace variar el nivel del líquido*, queda el sonido á macizo en las partes declives, y la resonancia sube hácia las superiores.
Fluctuacion *limitada y menos fácil de obtener*.	Fluctuacion de *un vacío á otro* y muy *fácil de producir* (2).

(1) Bettremieux, *Du diagnostic de la rétention d'urine*, thèse de Paris, 1865, número 253.

(2) No se eche en olvido que solo se trata de una ascitis un poco considerable, única que puede confundirse con la enfermedad descrita en este artículo.

2.° *Signos distintivos de la retencion de orina y de la fisómetra.*

RETENCION DE ORINA.	FISÓMETRA.
Sonido *á macizo* del tumor.	Sonido *claro* del tumor.
Enfermedad *frecuente*.	Enfermedad *sumamente rara*.

3.° *Signos distintivos de la retencion de orina consecutiva á la parálisis, y de la hidrómetra.*

RETENCION DE ORINA.	HIDRÓMETRA.
Tumor *mas blando* y mas fácil de deprimir.	Tumor *mas duro* y mas resistente.
Por el tacto vaginal se nota el *estado normal* del útero.	Por el tacto vaginal se nota la *ascension del cuello* y el *peso del cuerpo* del útero.
Por el tacto rectal se observa el *volúmen normal* del útero.	Por el tacto rectal se observa el *aumento considerable de volúmen* del cuerpo del útero.

Conviene repetir aquí que en todos los casos se debe practicar el cateterismo, cuyos resultados son tan concluyentes.

4.° *Signos distintivos de la retencion de orina por parálisis de la vejiga, y de la producida por la tumefaccion de la próstata.*

RETENCION DE ORINA POR PARÁLISIS.	RETENCION DE ORINA CONSECUTIVA Á UN TUMOR DE LA PRÓSTATA.
Cateterismo *fácil con sondas de todas corvaduras*.	Cateterismo que requiere una *sonda muy encorbada* y que ofrece cierta *dificultad*.
Despues de introducida la sonda solo *salen con fuerza* las primeras columnas, y el resto sale rastreando.	Despues de introducida la sonda *sale* el líquido á *chorro hasta el fin*, excepto las últimas columnas, que son lanzadas á ménos distancia.
La contraccion de los músculos abdominales ó la presion sobre el vientre producen un *chorro que se detiene desde que cesan estas potencias*.	La contraccion de los músculos abdominales y la presion sobre el vientre son *inútiles*.

Pronóstico.—El pronóstico es generalmente favorable en los casos en que la parálisis de la vejiga es consecutiva á la distension forzada de sus fibras, y solo ofrece algun peligro el desarrollo de una inflamacion un poco intensa. En los demás casos es tanto mas grave el pronóstico cuanto mas avanzada se halla la enfermedad; porque en una época próxima á la invasion aun se puede esperar el obtener su curacion, como veremos al exponer el tratamiento, al paso que mas tarde todo nos hace temer que dure tanto como la vida del enfermo.

§ VII.—Tratamiento.

«Se puede prevenir esta especie de parálisis, dice **Boyer**, y hasta curarla, cuando es incipiente ó todavía no se ha debilitado la vejiga; para esto basta por lo comun para despertar la accion de este órgano *aplicar un cuerpo frio* á la region hipogástrica ó á los muslos. J. L. Petit ha logrado á veces hacer orinar á personas que tenian ganas y no podian satisfacerlas, *echando agua fria á la cara* y haciéndoles meter las *manos en un cubo lleno de agua de pozo*. Fundado en que se siente necesidad de orinar pasando de un paraje caliente á otro frio, ha aconsejado á los enfermos que tenian una retencion incompleta por pereza de la vejiga, que *orinasen en un sitio fresco* y que *aproximasen el orinal á los muslos y al escroto*. Estos enfermos, cuya vejiga no tenia la suficiente contractilidad para expulsar toda la orina creyendo haberla expelido por completo, han arrojado aun una porcion de este líquido, que sin precauciones, hubiera quedado en esta víscera....

»Los enfermos deben cuidar muy particularmente de *no orinar estando echados*, sino hacerlo de pie ó de rodillas, y sobre todo, *no aguantar las primeras ganas* de hacer esta evacuacion: los que tienen un sueño muy profundo deben *hacer que los despierten de tres en tres horas para orinar*....

Cateterismo.—«Pero todos estos medios, añade el autor que acabamos de citar, son insuficientes cuando la retencion es completa, y no queda mas recurso para dar salida á la orina que la *introduccion de la sonda*. Las *bebidas diuréticas* con que algunos médicos encharcan en estos casos á los enfermos, solo sirven para agravar el padecimiento, aumentando el aflujo de una gran cantidad de orina á la vejiga. Cuando la enfermedad ha durado algun tiempo, y á veces hasta desde el primer dia, se observa un dolor en la region de la vejiga, fiebre y otros síntomas de la inflamacion, que engañan á las personas si experiencia y les hace desconocer el verdadero carácter de la enfermedad. En vez de librar entonces pronto á la vejiga de la orina que la distiende, prodigan las sangrías generales y locales, los baños, las cataplasmas, los fomentos y las lavativas...., y no se deciden á introducir la sonda hasta despues de haber empleado inútilmente estos medios por espacio de muchos dias. Semejante conducta, no tan solo tiene el inconveniente de prolongar los padecimientos de los enfermos, sino que contribuye tambien á hacer incurable la enfermedad, exponien-



Fig. 121. Sonda de hombre. Fig. 122. Sonda de mujer.

do las paredes de la vejiga á una distension excesiva; y si ya sabemos que esta distension es capaz por sí sola de producir la parálisis del órgano, con mayor motivo debe aumentarla cuando ya existe esta parálisis....

»*Así nunca será demasiado pronto para recurrir á la sonda* en la retencion de orina causada por la parálisis de la vejiga. El instrumento penetra con tanta mas facilidad cuanto que por lo comun la uretra es entonces sumamente ancha; pero como las paredes de este conducto tienen cierta flacidez en los ancianos, una *sonda gruesa* entra mas fácilmente y causa menos dolor que otra de pequeño calibre.

Se puede hacer uso de una *algalia de plata* ó de una *sonda de goma elástica*, siendo preferible esta última porque debe dejarse en la vejiga para impedir que se acumule de nuevo la orina en este órgano, lo que de fijo sucedería si no se continuase usando la sonda.

Civiale aconseja no vaciar la vejiga de una vez y no dejar la sonda introducida, cuya práctica tiene graves inconvenientes: se debe ensayar la susceptibilidad del cuello, y despues de haber vaciado la vejiga varias veces, se retira la sonda despues de la operacion, concluyendo por dejarla introducida si es tolerada por las vias genito-urinarias.

«Cuando la sonda está colocada en la vejiga... si la region de esta víscera está dolorida, y si hay fiebre, se hace una *sangría del brazo*, y en todos los casos se prescriben *bebidas diluentes*, refrigerantes y *ligeramente diuréticas*, se procura mantener el vientre libre por medio de *lavativas*, y se arregla el *régimen* del enfermo de un modo proporcionado á la situacion en que se encuentra.

»*Se da salida a la orina* destapando la sonda *cada dos ó tres horas*, segun que el líquido es mas ó menos abundante, y mas ó menos apremiante la necesidad de expelerle. Sin embargo, no siempre se debe esperar á que haya ganas, porque siendo entonces por lo general menos sensible la vejiga que cuando está sana, se deja á veces distender de un modo extraordinario antes de que se haga sentir la necesidad de orinar, y su distension forzada la impide recobrar su contractibilidad. Cada diez, doce ó quince dias se debe *sacar la sonda* para limpiarla y evitar su incrustacion, y cuando se vea que su superficie empieza á perder el brillo y á ponerse áspera, se la sustituye con otra.»

Boyer añade que si es posible la introduccionde la sonda, no se debe dudar en hacer la *puncionde la vejiga*, lo que él ha hecho una vez; pero es preciso recordar que este cirujano no ha hecho bien la distincion entre la retencion de orina por parálisis y la retencion debida á un obstáculo á la salida de la orina, condicion que hace por sí solaimposible el cateterismo.

Trye ha propuesto empujar el líquido por medio de una jeringa

cuando no se vacía la vejiga suficientemente por medio de la sonda. Civiale rechaza este procedimiento. Podria servir para vaciar la vejiga y hacer irrigaciones la sonda evacuante de doble corriente de Voillemier (fig. 123). Reliquet ha propuesto recientemente un *irrigador de la uretra* y de la *vejiga*, que tiene el mérito de poseer una sonda de poco calibre; el líquido sale de la vejiga empujado por el enfermo, á lo largo de la pared externa de la sonda, hasta un pabellon colocado en el meato, desde donde se vierte al exterior (1).



Fig. 123.—Sonda evacuatriz de doble corriente de Voillemier.—c. b. Llegada del agua. c. Salida. d. Pieza de corredera articulada que cubre la gotera.

Electricidad.—El doctor Michon (2) ha citado algunos casos de parálisis de la vejiga complicada con cierto grado de parálisis del recto, que han cedido pronto al uso de la *electricidad*.

El doctor Monod (3) ha citado un caso de parálisis de la vejiga consecutiva á una tentativa de asfixia por el carbon, y en el cual obtuvo un éxito completamente feliz la *galvanizacion* uretro-vaginal.

J. Bonnin curó igualmente empleando el procedimiento de Michon, un enfermo afecto de parálisis de la vejiga, con engurgitamiento prostático.

Duchenne (de Bologne) ha dado reglas para la faradizacion vexical: se hace introduciendo un reóforo en el recto y el otro en la vejiga, ó bien con la ayuda del *reóforo vexical doble* de este autor.

J. Arnould ha observado en Val-de-Grace un caso, en el que la aplicacion de este medio de tratamiento fué seguida de una prostatitis supurada muy alarmante: puede ser que se desconociese una prostatitis incipiente, que causara la retencion de orina; pero el cateterismo es muy fácil, y si se ha cometido un error parece que se puede conocer sin gran dificultad.

Aplicaciones frias.—J. J. Cazenave (de Burdeos) (4), ha logrado restablecer el curso de la orina en seis casos de retencion, entre diez producidos por diversas causas, desocupando el intestino por una lavativa purgante ó laxante, y despues excitando la vejiga por lavativas

(1) Reliquet, *Bull. de l'Académ* [...] t. XXXI,
(2) Michon, *Bulletin de la Socié* [...] 11 de Abr
(3) Monod, *Gazette des hôpitaux* [...]
(4) Cazenave, *Union médicale*, [...]

frias, la introduccion de hielo en el recto, aplicaciones frias sobre el periné, el hipogástrio, el pene, y lo alto de los muslos; estas tentativas, suficientes en los casos sencillos, son parecidas á las que aconsejan los autores en casos semejantes.

Ventosas grandes.—El doctor Van der Broeck (1) ha referido doce hechos, en los cuales ha conseguido nueve veces provocar la emision de la orina sin necesidad de la sonda en casos de afecciones cerebrales simples ó complicadas, aplicando *ventosas grandes* á la parte superior é interna de los muslos.

Puede ensayarse este medio en todos los casos de retencion por simple distension.

Cornezuelo de centeno.—El doctor Allier (de Marcigny) (2), ha citado hechos en favor del *cornezuelo de centeno*, hasta en casos en que la retencion de orina era consecútiva á una hemorragia cerebral, y cuando esta medicacion no ejercia ninguna influencia sobre la parálisis concomitante de los miembros. Este autor ha dado el cornezuelo de centeno á dósis refractas y aproximadas, y ha elevado la cantidad hasta 4 ó 5 gramos por dia.

El doctor Duhamel (3) ha logrado tambien restablecer el curso de la orina en un caso de retencion por inercia de la vejiga, administrando esta sustancia á la dósis de 4 gramos en las veinticuatro horas, y el doctor Saimont de Recroy (4) ha referido otro caso, que viene tambien en apoyo de las observaciones del doctor Allier.

Para completar este tratamiento basta que recordemos en pocas palabras lo que hemos dicho al hablar de la *incontinencia de orina*.

Volvemos, pues, á hallar aquí primeramente las *cantáridas* que Kopp ha administrado con buen éxito en un caso del modo siguiente:

R. Tintura de cantáridas......... } aa. 8 gramos.
Tintura de bálsamo del Perú:. }

Se toman veinticuatro gotas en vino cuatro veces al dia.

Debemos citar en seguida la *nuez vómica* y la *estricnina*, administradas como ya queda dicho (véase *incontinencia de orina*), los *tónicos*, los *ferruginosos*, el *petróleo*, la *creosota*, etc.

En un viejo que tuvo una incontinencia de la orina por excederse

(1) Van der Broeck, *Revue médicale de Paris*, Enero de 1848.
(2) Allier (de Marcigny), *Bulletin de l'Académie de médecine*, Junio de 1848, t. XII, p. 1132.
(3) Duhamel, *The New-York Journal* y *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, Enero de 1846.
(4) Sainmont, *Gazette des hôpitaux*, 15 de Julio, 1848.

en la bebida y la exposicion al frio, Lecluse (1) empleó ***inyecciones en la vejiga*** cuatro veces al dia con la disolucion siguiente:

R. Agua......... 500 gramos. | Estricnina............ 30 centíg.

Se manifestó refractaria á todos los medios de tratamiento hasta que se usaron estas inyecciones, pero al cabo de cinco dias de su uso se curó el enfermo completamente.

Foucher ha hecho inyecciones de agua de Brea en la vejiga, así como del agua de Bareges, etc., por medio de una sonda pulverizatriz adaptada á una jeringa, ó el aparato de Luer (2).

Como la afeccion que nos ocupa se complica con bastante frecuencia con el *catarro de la vejiga*, se han aconsejado tambien los medios que se emplean en esta última enfermedad, tales como las inyecciones de *aguas sulfurosas* ó *tónicas*, etc., los *diuréticos*, y en en una palabra, los diversos agentes terapéuticos que hemos expuesto detalladamente en el artículo *Cistitis crónica.*

Resúmen.—En los principios de la enfermedad se empleará la accion del frio sobre el cuerpo para provocar y favorecer la expulsion de la orina, y se aconsejará á los enfermos que orinen en cuanto sientan ganas; mas tarde, cateterismo, bebidas diluentes, diuréticos ligeros, electricidad, ventosas grandes, cornezuelo de centeno, medios contra la parálisis de la vejiga (véase *incontinencia de orina)*, y medios contra el catarro vexical *(véase* el artículo destinado á esta afeccion).

ARTÍCULO VII.

NEURALGIA DE LA VEJIGA.

Hasta estos últimos años no se ha descrito la neuralgia de la vejiga ó *cistalgia*, y aun esto tan solo al tratar de la neuralgia del ano, de la que algunos la consideran como una consecuencia, y el profesor Velpeau (3) como el punto de partida. Las observaciones que posee la ciencia acerca de este punto, y sobre las del doctor Campaignac (4), ofrecen un gran interés.

(1) Lecluyse, *Annales de la Société médicale d'émulation* y *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 15 de Abril, 1850.

(2) Foucher, *Traitement de la rétention d'urine par inertie de la vessie et du catarrhe véxical* (*Révue de thérapeutique méd.-chirurg.*, 1865).

(3) Velpeau, *Dictionnaire de médecine*, 30 volúmenes, ó *Répertoire général des sciences médicales*, t. III, p. 282, art. ANUS (neuralgia del). Véase tambien Gosselin, *Nouveau Diccionaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1865, p. 683, t. II, artículo ANUS (neuralgia del).

(4) Campaignac, *Journal hebdomadaire de médecine*, t. II, p. 396.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La neuralgia de la vejiga es una afeccion caracterizada por dolores vexicales sin lesion anatómica apreciable. Sin ser muy rara, tampoco es frecuente. La descripcion de los síntomas que vamos á exponer con brevedad hará creer sin duda, con Velpeau, que la enfermedad tiene su asiento primitivo en el cuello de la vejiga, ó mas bien que el dolor, que es su principal y casi único carácter, ocupa el plexo nervioso que se dirige al cuello de la vejiga y á la parte inferior del recto, y que por consiguiente es una afeccion cuyo asiento es casi necesariamente múltiple, ó llega á serlo tarde ó temprano. Así vemos que los autores describen al mismo tiempo la neuralgia de la vejiga y del ano, y tal vez debiera dársele el nombre de *neuralgia ano-vexical*.

Civiale insiste en este hecho que resume la fisiología de la vejiga: es el antagonismo de las potencias musculares cuya funcion es expulsar la orina (túnica muscular), y que obran para retener este líquido durante algun tiempo. Estas últimas constantemente en juego, están acumuladas en el cuello de la vejiga, y la sensibilidad de esta parte está en relacion íntima con su contractilidad. De aquí el predominio de las enfermedades nerviosas en el cuello de la vejiga, y la importancia considerable que adquieren relativamente á las funciones de este aparato. Así, que entre las neuralgias de la vejiga la que mas se necesita tener en consideracion es la del cuello.

§ II.—Causas.

Las causas de las enfermedades nerviosas de la vejiga, principalmente del cuello, son muy numerosas y variadas. Señalaremos, entre otras, las lesiones traumáticas, las caidas sobre el periné, excesos del cóito, compresion durante el parto; el resistirse á orinar, cuando se le presentan las primeras necesidades de orinar; el abuso de las bebidas alcohólicas, las afecciones de los riñones, del recto, del útero, las neuroses ó neuralgias constitucionales, un cuerpo extraño en la vejiga (cálculo); la constitucion, causa sobre la que insiste Civiale (1), y en general todos los estados morbosos del recto.

Edad, sexo.—Esta enfermedad ó síntoma se encuentra frecuentemente en el adulto. No es rara la neuralgia de la vejiga en las mujeres, y procede frecuentemente de enfermedades del útero, con las que se suele confundir.

(1) Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*. Paris, 1860, t. II, p. 45.

§ III.—Síntomas.

Segun los hechos recogidos por los autores (1), la enfermedad empieza por dolores en el ano y por fenómenos que Velpeau describe del modo siguiente: «Aparecen, dice este autor, en el suelo de la pélvis *dolores lancinantes*, en la apariencia muy superficiales y que hacen que tema el enfermo la menor presion. Es muy comun que estos dolores repitan por *accesos*, unas veces de repente y otras con cierta lentitud, dejando al sugeto enteramente libre en los intervalos; pero suele tambien suceder que permanezcan *contínuos*, con algunas exacerbaciones.

»En ciertas personas parece que se *contrae* el ano con fuerza por momentos, y se relaja muy poco despues. En otras, por el contrario, se *entreabre* de un modo evidente hasta el punto de causar *deposiciones involuntarias*.»

Si ya la vejiga no participaba desde el principio de este estado morboso, no tarda en ser invadida, y hé aquí tambien cómo el autor que acabo de citar describe los síntomas que se observan en esta víscera; este resúmen es lo que se puede presentar mas exacto en el estado actual de la ciencia. «No tarda en afectarse, dice el profesor Velpeau, el cuello de la vejiga, y como consecuencia aparecen pronto la mayor parte de los *signos racionales* de la existencia *de un cálculo*. He visto practicar la talla en tres sugetos, uno en provincias y dos en Paris, atendiendo á estos indicios, sin que tuviesen concreciones en la vejiga.

«La *necesidad de orinar* es apremiante, y hay *dolores vivos en la region de la próstata; á veces se detiene* el líquido *en medio de la excrecion* para volver á aparecer un instante despues, y los padecimientos aumentan cuando el enfermo está acalorado ó fatigado.

»El *cateterismo*, que por lo comun es *muy doloroso*, produce una sensacion notable de quemadura; pero una vez que ha llegado el instrumento al receptáculo de la orina calman en ciertos casos los dolores como por encanto.

»La orina suele ser clara y algunas veces es viscosa ó sanguinolenta.»

Estas palabras hacen presentir que el estado nervioso del cuello no está siempre desprovisto de alteracion orgánica; en efecto, suele haber fungosidades, vegetaciones de la mucosa de esta region, cierto grado de cistitis ó hipertrofia de la vejiga; lo que no impide que los fenómenos funcionales sean realmente neurálgicos, porque tienen el carácter de este órden de síntomas, y no se parecen á los que podrian resultar naturalmente de una de las lesiones indicadas.

Como manifestacion secundaria, señala Civiale dolores de resen-

(1) Ullmann, *Encyclop. Wörterbuch der med. Wissensch.*, t. I, et Campaignac, *loc. cit.*

timiento al nivel de los púbis ó del sacro, en el ombligo, en la planta de los piés, en la nuca, tendencia á la melancolía en los enfermos, y pérdida rápida de su salud y algunos profundos destrozos de la organizacion.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

Ya hemos dicho antes de ahora que los accesos repiten á intervalos irregulares, es decir, que el *curso* de la enfermedad es el mismo que el de las *neuralgias* propiamente dichas, que estudiaremos mas adelante. Respecto á la *duracion*, es imposible indicarla de un modo exacto: «Es un mal, dice Velpeau, que se gasta con el tiempo.» Pronto veremos lo que el tratamiento puede abreviar esta duracion. De lo que acabamos de decir resulta que la *terminacion* por la curacion puede considerarse como constante.

No parece ser así, segun Civiale (1). Pero entre los estados nerviosos sin complicacion orgánica, este observador ha conocido dos casos *graves* que, no solo no se terminaron por sí mismos, sino que recidibaron con una gran facilidad á pesar de haber empleado los medios apropiados de tratamiento.

§ V.—Lesiones anatómicas.

La falta de toda *lesion anatómica* constituye un carácter, que no por ser negativo, deja de tener suma importancia, puesto que nos da á conocer la naturaleza de la enfermedad. «No se encuentra en las partes, dice tambien Velpeau, rubicundez, tumefaccion, ni el mas ligero vestigio de alteracion orgánica;» y mas adelante añade: «no se halla ni cálculo, ni coartacion, en una palabra, nada material en la vejiga, en la uretra, ni la próstata.»

Esto no es aplicable sino en casos sencillos: ya indicamos á su tiempo las complicaciones orgánicas, que pueden preceder ó seguir á la neuralgia del cuello vexical, no insistimos mas sobre ello, pues ya se han descrito con detencion.

§ VI.—Diagnóstico.

Se conoce la neuralgia de la vejiga en la dificultad de orinar, y en la intermitencia de los dolores; el estado nervioso general de algunos enfermos, las sensaciones raras percibidas en distintos puntos del cuerpo, su causa aparente, y por último, aplicado el cateterismo con cuidado, se ve que no hay lesion alguna material que nos explique las sensaciones observadas.

(1) Civiale, *loc. cit.*, t. II, p. 21 et suiv.

§ VII.—Tratamiento.

Ya dejamos dicho que el *cateterismo*, despues de causar un dolor vivo, es seguido por lo comun de un alivio de los mas manifiestos, consideracion que ha movido á los prácticos á hacer uso de la introduccion de la sonda como medio curativo, y el doctor Cheneau, á quien cita Campaignac, ha referido un caso en el que el *cateterismo repetido* obtuvo una curacion completa.

Cada dos dias ó diariamente introduce Civiale, segun la irritabilidad del sugeto, una *bujía de cera* blanda, de pequeño volúmen, que no saca hasta pasados cinco minutos, cada vez que se hace la operacion. Cuando no hay alivio, hacer inyecciones en la vejiga, primero tibias y despues frias, y como último recurso practica la cauterizacion del cuello vexical con el nitrato argéntico, despues de haber acostumbrado á la uretra al contacto de las bujías; al principio se suelen exasperar los síntomas con este último tratamiento; pero despues se calman poco á poco, hasta obtener una curacion mas ó menos duradera.

Todos los autores han consignado un hecho que les ha parecido curioso, á saber: que los sugetos en quienes por equivocacion se ha hecho la talla en una simple neuralgia de la vejiga, han curado perfectamente tanto de la operacion como de la neuralgia; pero este hecho entra en la regla general que hemos sentado en vista de la observacion. En efecto, hemos notado que todos los medios terapéuticos que irritan violentamente ó que inflaman las partes que padecen dolores nerviosos, tales como el vejigatorio, la cauterizacion y la incision, producen muy buenos resultados, y la operacion de la talla obra evidentemente en tales casos como estos medios cuando se emplean contra las neuralgias. Sin embargo, no creemos necesario indicar, que á pesar de la benignidad que ha presentado en los casos referidos, no es cosa de pensar en hacer una operacion tan grave para curar una simple afeccion dolorosa.

Se emplearán: 1.° los tópicos aplicados contra las neuralgias de todas las regiones, entre los que tenemos las *pomadas de belladona ú opiadas*, con el linimento ó pomada de cloroformo, las inyecciones hipodérmicas de una solucion de sulfato de *atrofina*, á la dósis de un centígramo por gramo de agua, ó la solucion de *clorhidrato de morfina*; 2.° los remedios mas expeciales de esta region, como los supositorios de manteca de cacao, incorporando el *extracto de belladona*, á la dósis de 2 á 5 centígramos. El enfermo introduce uno de estos supositorios en el recto todas las noches, y le conduce por encima del orificio anal, abandonándole á sí mismo; una parte de la grasa se liquida y se puede esperar á que el medicamento le absorba. Pequeñas lavativas con *láudano* que el enfermo retiene, pueden asímismo emplearse con ventaja.

Si la neuralgia coincide con una retencion de materias estercoráceas, está indicado vaciar el recto, ó por medio de lavativas ó por los purgantes.

En cuanto al tratamiento general, se compone de todos los medios usados para la neuralgia; píldoras de extracto acuoso de *opio* (5 centígramos), de *clorhidrato de morfina* (1 á 2 centígramos), las *píldoras de Méglin*, etc. L. Gosselin (1).

CAPÍTULO V.

ENFERMEDADES DE LA PRÓSTATA, DE LOS TESTÍCULOS Y DE LAS VEXÍCULAS SEMINALES.

Consideraciones generales.

Las enfermedades de la próstata, de los testículos y de las vexículas seminales, pertenecen, tanto al dominio de la patologia externa, como al de la interna, porque si bien los accidentes locales interesan al cirujano, los fenómenos generales reclaman imperiosamente la atencion del médico; generalmente los primeros trastornos se presentan á la vista de este último, así como será probablemente necesaria la intervencion de los médicos quirúrgicos en una época mas adelantada de la enfermedad.

Principian generalmente las enfermedades, que luego han de ser locales, por trastornos generales, y entonces el médico necesita saber el punto de partida de la enfermedad, así como su causa anatómica. Por esta razon es importante que el médico no desconozca estas enfermedades

Trataremos en primer lugar de las *enfermedades de la próstata*, que son la transicion entre las afecciones de las vias urinarias y las de los órganos genitales; despues estudiaremos las particularidades que pueden interesar al médico, referentes á las *alteraciones de los testículos* y terminaremos con la historia de las *partículas seminales*, que unen estrechamente las enfermedades de la próstata y *de los testículos*.

ARTICULO I.

ENFERMEDADES DE LA PRÓSTATA.

La próstata puede afectarse de inflamacion *aguda* ó *crónica*, con todas sus consecuencias, como abscesos, ulceraciones, hipertrofias ó

(1) Gosselin, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. París, 1865, t. II, art. ANUS.

atrofias; ó bien degeneraciones morbosas mas importantes, como el cáncer y el tubérculo.

1.° PROSTATITIS AGUDA.

Es una enfermedad cuyo estudio es de nuestra época. No se la menciona sino por J. L. Petit, y en una descripcion incompleta de las obras de Boyer (1).

Se debe á Th. Dugas (2) el primer trabajo notable sobre la inflamacion de la próstata, á Bégin (3) que da á esta enfermedad la importancia que conserva en el dia. Pero el estudio hecho por Velpeau (4) ha constituido verdaderamente la base de los trabajos emprendidos despues sobre la materia. La historia de la prostatitis se ha enriquecido con numerosos escritos debidos á Lallemand (5), Vidal (de Cassis) (6), Leroy (d'Étiolles), Mercier, Civiale, Brodie, Hodgson (7), Coulson (8), Ledwich (9), la mayor parte especialistas, y además otros autores que han escrito algunas monografías que indicaremos, en particular la tésis del concurso de Béraud (10).

§ I.—Causas.

La prostatitis aguda es una enfermedad de la *edad adulta*, lo que se comprenderá cuando digamos cuál es una de las principales causas ocasionales. En los niños es rudimentaria, como todo el resto del aparato genital, y en los viejos está casi siempre con induracion hipertrófica compatible con la prostatitis crónica, y no con la aguda. Sin embargo, se han citado como casos excepcionales algunos en una y otra edad.

La causa determinante habitual es la *blenorragia*, segun testimonio de todos los autores, hecha excepcion de Ricord, que dice que la blenorragia ocasiona rara vez la prostatitis. El hecho es que bajo la accion de una causa parecida, en relacion á la frecuencia de las blenorragias, se manifiesta rara vez; la inflamacion uretral se detiene por el esfinter de la vejiga. Pero hemos visto, que las inflamaciones *por vecindad*, dejan un tejido sano entre dos puntos inflamados. Esta

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, 5.ª edic., 1853, t. VII, p. 287.
(2) Théodose Dugas, *Fragments pour servir à l'histoire des maladies de la glande prostate*, thèse de Montpellier, 19 Diciembre, 1832, n.° 134. 1833.
(3) Bégin, *Dictionn. de méd. et de chir.* en 15 vol., article PROSTATITE.
(4) Velpeau, *Dictionn. de méd.* en 30 vol. t. XXVI, art. PROSTATE.
(5) Lallemand, *Clinique méd. chir.* Paris, 1845.
(6) Vidal (de Cassis), *Maladies de la prostate* (*Annales de la chirurgie française*).
(7) Hodgson, *The Prostate Gland and its enlargement in old age*, 1856.
(8) Coulson, *On Diseases of the Bladder and Prostate Gland*, fifth edit. 1856.
(9) Ledwich, *Observations on subacute inflammation of the Prostate Gland, its diagnosis and treatment* (*Dublin quarterly Journal*, 1857).
(10) Béraud, *Maladies de la prostate*, thèse de concours, 1857.

manera de propagarse, de seguro que se encuentra casi siempre cuando se complica con la prostatitis aguda una uretritis. Sim embargo, no se verifica esta inflamacion en los primeros dias, sino un poco mas tarde, cuando la inflamacion de la uretra se ha extendido á las partes profundas del conducto; algunas veces sucede cuando la blenorragia ha pasado á ser crónica.

Las *estrecheces* y las maniobras intentadas para dilatarla han sido señaladas por Hunter como causas de prostatitis. La litotricia, la talla, el *traumatismo* directo, las caidas sobre el periné, la *irritacion del recto*, determinada por un estreñimiento pertinaz, ó purgas muy repetidas. Velpeau insiste en la alteracion de la próstata por el uso inmoderado de los medicaméntos balsámicos, en particular la *copaiba* y la *cubeba*, cuya práctica le ha permitido reconocer sus inconvenientes.

Mencionaremos todavía algunas causas mas dudosas, como son los *excesos alcohólicos*, el *ejercicio á caballo*, los *excesos en el cóito* y la *masturbacion*, causas que todas obran congestionando los órganos genitales. En una observacion de Malsang (1) la prostatitis puede ser atribuida á la estacion.

En algunos casos ha sido imposible el asignar una causa á la enfermedad.

§ II.—Síntomas.

Berard, y despues Velpeau, distinguen tres grados, los cuales establecen la sintomatologia de la enfermedad. Nosotros vamos á mencionarlos, pero advirtiendo que son grados y no formas, porque es raro que se limite la inflamacion á una capa de tejido en un órgano como la próstata. Estos grados son: 1.° la prostatitis *mucosa;* 2.° la prostatitis *glandular*, *folicular* de Lallemand, que afecta á la mucosa y á los conductos prostáticos; 3.° la prostatitis *parenquimatosa* ó total.

En el primer grado no hay mas que síntomas locales moderados, sin reaccion general; *sensacion de peso en el periné*, *ganas frecuentes* y *dolor al orinar*, y derrame de *moco-pus*.

En el segundo grado se observan los mismos síntomas, cierta sensibilidad *al tacto rectal* y un principio de reaccion febril.

Mas notables son los fenómenos característicos de la prostatitis parenquimatosa. Localmente se manifiesta un *dolor gravativo* pulsátil en el periné, que se irradia hácia el miembro y el recto; hay sensacion de necesidad de defecar, si bien que hay estreñimiento, no pudiendo hacerlo sino con unos dolores atroces, que inspiran al enfermo una especie de terror cuando tiene la sensacion, tomando actitudes extravagantes para resistir á las necesidades contínuas,

(1) Malsang, *De la prostatite aiguë,* thèse de Paris, 1865, núm. 188.

y para expulsar aquel tapon estercolado imaginario (Boyer). Tambien es extremado el *tenesmo vexical:* se escapa la orina gota á gota, produciendo una sensacion de ardor, de quemadura, que se siente en la extremidad del pene, como cuando hay metritis, sino mas profundamente al nivel del cuello de la vejiga. Algunas veces es absoluta la retencion de orina, y persiste mas ó menos tiempo. Se ha atribuido este accidente por los autores á un espasmo del cuello, mas bien que á un obstáculo mecánico, real, causado por la tumefaccion de la glándula: esta tumefaccion no se podria producir tan rápidamente en razon de la atmósfera aponeurótica y muscular, en la cual está sumergida la próstata. La fluxion inflamatoria se traduce en dolor, en relacion con la riqueza de inervacion mixta atribuido al órgano; así que se ve irradiarse el dolor hácia la vejiga, los riñones y el testículo.

Aparecen los síntomas generales cuando tienen su mayor intensidad las manifestaciones locales. El *calor*, la *fiebre*, se aumentan; hay *postracion*, *abatimiento*, *melancolía*, y algunas veces síntomas generales graves.

El derrame moco-purulento del primer grado de la enfermedad se suprime de ordinario cuando la inflamacion ha invadido la glándula.

§ III.—Curso, duracion y terminacion.

La prostatitis aguda tiene ordinariamente un curso rápido; cuando no pasa del primer grado, lo que es raro, puede durar ocho ó diez dias, y se termina *por resolucion*. La prostatitis glandular pasa frecuentemente á la *cronicidad*, y es el punto de partida de la hipertrofia, tan comun en los viejos.

En la prostatitis parenquimatosa es casi siempre inevitable, en cuyo caso persisten los fenómenos generales, tomando la fiebre un carácter intermitente. El foco purulento puede conocerse por el tacto rectal, ó sospechado por el cateterismo; otras veces, Civiale y Aug. Vidal, han referido ejemplos de abscesos *latentes*, que no se han reconocido sino por la autopsia.

La abertura expontánea es muy frecuente. Velpeau ha indicado perfectamente los diversos caminos que se puede abrir paso al pus para llegar al exterior; la abertura del absceso en la uretra es fácil por ser muy delgados los tejidos que tiene que atravesar; así que frecuentemente se dirige por este camino, saliendo mezclado con las orinas. En este caso no es necesario que las maniobras de cateterismo rompan la débil valla que retiene la coleccion líquida. Esto ha sucedido á Lallemand sondando á un enfermo, y Dugas abrió asímismo una coleccion purulenta prostática entre su dedo, introducido en el recto y la extremidad de una sonda, maniobrando en la uretra. Sigue en frecuencia á la uretra el recto para abrirse en él los abscesos expontáneamente, y es provocado por los esfuerzos al orinar ó

defecar. Se observa la abertura en la vejiga cuando la coleccion ocupa los dos lóbulos laterales. Todo el mundo conoce el hecho de J. L. Petit, referido por Velpeau, que abrió con una sonda una coleccion purulenta prostática *al explorar en la vejiga buscando un cálculo*. El pus puede dirigirse al tejido celular del periné, instalarse entre los planos aponeuróticos y musculares de la region, ó irse mas ó menos lejos. En fin, algunas veces se observa la abertura simultánea del absceso en varios de los puntos indicados.

En los casos de este género la duracion de la enfermedad se hace mas larga, terminándose por la muerte algunas veces, como lo ha visto Bégin.

Tambien puede terminarse la prostatitis por *ulceraciones* mas ó menos persistentes, y aun *por gangrena*, habiendo visto ejemplos Velpeau y Laroche; ó bien la flegmasía retrocede incompletamente, persiste en un débil grado, y tiende á la hipertrofia con induracion.

Complicaciones.—La mas comun es la inflamacion en sus diversos grados de la vejiga. Es un accidente poco grave. No sucede desgraciadamente lo mismo por la propagacion flegmásica al peritoneo, de lo que Ricord ha recogido dos ejemplos, en los cuales terminó por la muerte de los enfermos.

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—La existencia de la blenorragia, los signos locales que hemos mencionado, los de arreglos funcionales y generales, forman las bases del diagnóstico *absoluto:* el tacto rectal y el cateterismo son los medios de exploracion que mas se ponen en práctica.

Th. Dugas indica como medios para distinguir una prostatitis de una irritacion y la retencion de orina determinadas por la *presencia de un cálculo*, la posibilidad de orinar, en este último caso, cuando se hace colocar al enfermo en una posicion tal que el cuerpo se apoye sobre los codos y las rodillas; Nelaton ha aceptado este procedimiento.

En la *cistitis aguda*, la expulsion de la orina es menos dolorosa, el cateterismo mas fácil, y el tacto rectal no revela su sensibilidad exagerada ni tumefaccion.

Para distinguir la prostatitis de una *estrechez*, Velpeau ha dicho que el cateterismo en el primer caso, pudo conducir la sonda á 15 centímetros de profundidad, mientras que en el segundo, no es posible pasar de 12 centímetros. Sin embargo, pueden coexistir las dos enfermedades.

En cuanto á los abscesos latentes, creemos que se deben tomar en consideracion las observaciones de Beraud. Este autor aconseja que se procede bien en los casos dichos, cuando hay abscesos, que son confundidos con colecciones de líquido prostático; y por otro lado si se trata de pequeños focos múltiples y no de una gran bolsa, el lí-

quido prostático puede concentrarse fácilmente y producir una equivocacion confundiéndolo con pus verdadero.

Pronóstico.—Poco grave cuando la enfermedad se detiene en los primeros grados, siendo mas funesto cuando la próstata supura, agravándose segun la direccion que toma el pus, y segun las fuerzas de los enfermos. En el caso de complicacion peritoneal, la terminacion por la muerte casi es segura.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Los autores se callan relativamente á esto; y se ha reprochado á Verdier (1) por haber imaginado mas bien que descrito la anatomía patológica de los primeros grados de la enfermedad. La prostatitis parenquimatosa supurada cuando sucumbe el sugeto en este período, deja vestigios de un foco purulento y trayectos fistulosos, lesiones muy conocidas para que insistamos sobre ellas: los detalles que pudiéramos colocar aquí, en cuanto á la ulceracion y la hipertrofia se encontrarán en el artículo de la *prostatitis crónica,* que completará su estudio.

§ VI.—Tratamiento.

Emisiones sanguíneas.—Despues de Velpeau, todos los prácticos recomiendan el uso de sangrías generales, cuando el sugeto es jóven y fuerte, y locales en los demás casos. Se practican, sobre todo en el periné, aplicaciones de sanguijuelas en número de 20 á 30, repitiéndolo si es necesario. Beraud propone la aplicacion de sanguijuelas en el recto, por medio de un espéculum particular, obturado en la extremidad libre y encajado en una porcion de su pared, de tal manera que permite á la mucosa rectal del lado de la próstata presentarse directamente para recibir las sanguijuelas: se ha dicho con razon contra este método que es muy dolorosa la introduccion de un instrumento voluminoso. Lo mismo sucede con otros medios mécanicos que se ha intentado aplicar, ya al recto ya á la uretra, bajo el pretesto de comprimir la próstata y luchar así contra su infarto. Se aconseja asímismo practicar el cateterismo aunque con reserva y cuando la retencion de orina es absoluta.

Emolientes.—Se aplican *cataplasmas* al periné despues que se caen las sanguijuelas, haciendo tomar además al enfermo un *baño* general de una duracion suficiente. Para bebida usual, se le da un cocimiento de lino ó de malvabisco.

Narcóticos.—Estos medios se emplean en aplicaciones locales, particularmente bajo la forma de pomada de *belladona.* Velpeau hace

(1) Verdier, *Observations et réflexions sur les phlegmasies de la prostate,* 1838.

dar fricciones con la pomada mercurial belladonada sobre la region perineal.

Purgantes.—Cuando existe estreñimiento, se aplicará un purgante ligero, por la boca mejor que por medio de enemas, en razon de estar tan dolorido el recto; no hay necesidad de designar especialmente la naturaleza del purgante que servirá como remedio.

Régimen.—El tratamiento se ayuda con una dieta bastante severa, indicada por la intensidad de los fenómenos generales; las infusiones, las sopas ligeras, serán solo permitidas al enfermo mientras que haya fiebre, á no ser que creamos que ya se ha establecido la supuracion.

Incision prematura.—Lallemand aconseja practicar una incision en el periné en seguida que se vea que no dan buen resultado los medios que hemos indicado, previniendo de esta manera las consecuencias del estrangulamiento y que se desinfarte la glándula.

Malsang dice que Nelaton llama á esta operacion una tentativa muy atrevida, pero no nos consta si este sábio cirujano la aprueba y practica.

Abertura del absceso.—Es una regla general para todos los casos no tardar en dar salida al pus cuando se está seguro de su existencia. Lo que hemos dicho hace ver que se puede esperar algunas veces para abrir el absceso con la sonda tactando, digámoslo así, la resistencia de la pared del foco por la vejiga ó por la region prostática de la uretra. Estas tentativas no deben ser abandonadas jamás, sirviéndose al efecto de una sonda métalica manejada con prudencia y en los sentidos indicados por la sensacion del obstáculo que se puede percibir. Cuando el foco purulento sale con rapidez por el recto, se abre por este sitio, conduciendo sobre el dedo un visturí en el intestino, ó sirviéndose simplemente de la uña afilada.

Resúmen del tratamiento. Antiflogísticos; aplicaciones emolientes y narcóticas; purgantes; dieta, incision prematura; abertura del absceso.

2.° PROSTATITIS CRÓNICA.

Esta forma de las inflamaciones prostáticas es un punto muy controvertido. Mercier (1) la admite; Bégin, por el contrario, la cree muy frecuente. Nos parece que este desconcierto de los autores depende de que se ha confundido la prostatitis crónica con la hipertrofia de la próstata, que es su consecuencia lo que explica, con Beraud, que Bégin, asistiendo á los primeros períodos de la prostatitis crónica en los soldados todavía jóvenes, ha visto esta inflamacion muy comunmente, mientras que Mercier no la ha visto sino en los viejos, en los que la hipertrofia está confirmada, no ha podido encontrar los

(1) Mercier, ***Recherches anatomiques sur la prostate des vieillards*** **(*Bull. de la Soc. anat.*, 1836.**

caractéres de flegmasía. Cruveilhier (1) mira como muy raras las verdaderas degeneraciones de la próstata. Ya veremos mas adelante que el tubérculo verdadero se ha demostrado perfectamente y se ha dado este nombre á productos inflamatorios. Civiale asegura que la mayoría de los viejos afectos de tumores de la próstata han sido atormentados de blenorragia, rebeldes ó intensos. Messer (2) ha encontrado 35 veces, de 100 cadáveres de viejos, la próstata superior á su volúmen ordinario; la proporcion seria mas considerable si esta alteracion fuese debida exclusivamente á la senectud; la naturaleza del sugeto tiene importancia respecto á la frecuencia de la prostatitis que padecen los individuos adultos. Hodgson (3), sostiene la diferencia entre el aumento de volúmen dependiente de la inflamacion crónica y la hipertrofia verdadera, que él mira como la consecuencia de una propiedad vital especial de la próstata; reconoce, sin embargo, que esta hipertrofia verdadera tiene por punto de partida toda causa de congestion sanguínea activa hácia esta glándula: la cuestion se reduce, pues, á diferenciar la inflamacion crónica de la próstata en los hombres de edad media, con el mismo estado patológico en los viejos, en razon de las conclusiones anatómicas un poco diferentes, que entrañan en uno y otro caso. Nosotros atribuiremos la hipertrofia de la próstata á la prostatitis crónica, á la que consagramos algunos detalles.

La *prostatitis* ha sido designada con el nombre de infarto de la próstata.

§ I.—Causas.

Edad.—En la edad adulta es cuando mas frecuentemente se observa esta enfermedad: sin embargo, Ledwich describe una inflamacion sub-aguda de la próstata como una forma flegmásica idiopática, independiente, que afecta á la primera edad. Hodgskins (4) refiere la observacion de un niño de siete años, que tenia una próstata enorme; Cooper, Ch. Bell, Velpeau, Civiale, han demostrado infartos prostáticos en los niños. El *temperamento linfático*, las disposiciones escrofulosas son favorables á los infartos crónicos de las vias urinarias. Los climas frios y las habitaciones húmedas obran en el mismo sentido.

Los *derrames uretrales* crónicos, el abuso del *cóito*, de los *licores muy alcoholizados*, y los excitantes de todas clases, sobre todo cuando el sugeto ha tenido anteriormente blenorragia, son las causas determinantes habituales de la prostatitis crónica. En casos raros sucede la prostatitis crónica á la aguda, ó sobrevienen sin causas aprecia-

(1) Cruveilhier, *Anat. patholog.* Paris, 1856, t. III.
(2) Messer, *Royal med. Societ.*, et *Gazette hebdomadaire*. Junio 1862.
(3) Decimus Hodgson, *The Prostate Gland and its enlargement in old age*. London, 1856.
(4) Hodgkins, *Archives générales de médecine*, 1844.

bles. Los accidentes indicados á la etiología de la aguda pueden suscitar una inflamacion que revista todos los caractéres de la cronicidad.

En los viejos, la causa predisponente de la hipertrofia, segun Hodgson, reside en la aptitud que poseen algunos músculos de la vida orgánica de multiplicar sus elementos en una época de la vida; propiedad manifestada igualmente por el útero y la próstata, en razon de su analogía de textura; y la causa ocasional podria ser una fluxion sanguínea hácia estos órganos. La presencia de un cálculo es el agente mas eficaz de esta fluxion peligrosa (Civiale).

§ II.—Síntomas.

Los síntomas locales y generales de la enfermedad son en su conjunto los mismos de la forma aguda, pero mas atenuados.

Hay un dolor *sordo* en el periné y en el ano, dolor que se exaspera por el movimiento, se irradia hácia los miembros inferiores á lo largo de la columna vertebral y los riñones. Estas sensaciones son mas dolorosas por la noche que por el dia. Hospital (1) ha señalado en algunos casos una hiperestesia de la piel, que el frotamiento de vestidos provocaria mas pronto que el contacto de la mano.

La irritacion del cuello vexical por la cual la vejiga urinaria se asocia generalmente á la inflamacion vecina, determina trastornos nerviosos en el cumplimiento de las funciones de esta parte: la *necesidad de orinar es frecuente*, y su acto doloroso; mas tarde puede haber retencion de orina por obstáculo á la salida del líquido, y la atonía de la vejiga, resultando por esta causa la retencion por rebosamiento. La orina es turbia, y encierra moco ó moco-pus.

El tacto rectal es bastante doloroso, y lo mismo el cateterismo; cuando la sonda llega á la porcion prostática. La exploracion por el recto no hace constar un aumento de volúmen de la próstata como en la prostatitis aguda, y practicando á la vez el tacto rectal y el cateterismo se llega á dar cuenta bastante exacta del volúmen de la glándula.

El fenómeno local mas característico es la salida de un líquido filamentoso trasparente, análogo á la clara de huevo, y que no es otra cosa que el fluido prostático con proporciones exageradas de moco y algunos otros elementos. Este síntoma constituye la *prostatorrea*, el líquido prostático normal, presenta, visto con el microscopio, segun Robin, un suero, en el que se ven granulaciones sólidas con los contornos oscuros y centro brillante, amarillo: estas son las granulaciones que dan al líquido su color blanco; se ven tambien granulaciones grasientas, células epiteliales prismáticas ó piramida-

(1) Hospital, *De la prostatite chronique*, thèse de Paris, 1865, núm. 141.

les, poco numerosas, algunas con pestañas vibrátiles, y otras con gránulos de hematuria.

Examinado en el estado patológico, se ven sus elementos propios, pero además encierra granulaciones rojizas, filamentos de moco, glóbulos de pus y espermatosos. Es grisáceo ó amarillo, almidona el lienzo, y produce una mancha mas clara que la del esperma. Fácilmente esta secrecion toma el aspecto de purulenta, sucediendo esto varias veces durante la enfermedad bajo la influencia de un exceso de régimen, de un cóito prematuro, ó por efecto de una exposicion al frio ó á la humedad. Los autores han encontrado en el líquido de la prostatorrea un olor nauseabundo (Swediaur), que Hospital dice que se parece al del ácido hírcico. Se encuentra en gran abundancia despues de una ereccion prolongada; algunas veces se presenta al exterior al defecar como un pequeño chorro, ó sino despues que el enfermo ha orinado.

Los síntomas generales son poco ó nada interesantes mientras que no hay reaccion febril; pero si se manifiesta en el curso de la enfermedad, hay un resentimiento grave sobre las funciones de primer órden, de lo que diremos algo al tratar de las complicaciones.

Complicaciones.—La prostatitis crónica produce grandes perturbaciones en los órganos de la generacion, establece una especie de inminencia morbosa permanente en frente de la inflamacion del testículo (epidedimitis), y hace difícil la curacion cuando sobreviene esta complicacion.

Cualquiera que sea el papel de la secrecion prostática en el mecanismo de la evacuacion fisiológica del esperma, el trastorno en la nutricion de la glándula y en las cualidades de su producto, hacen á los sugetos menos aptos para la aproximacion sexual; este acto es frecuentemente doloroso y aumenta la inflamacion prostática. Se han visto casos en los que el esperma refluyó á la vejiga: otras veces hay poluciones nocturnas.

Las funciones digestivas suelen á su vez alterarse, sobreviniendo dispepsias con alternativas de estreñimiento y de diarrea, enflaquecimiento y anemia.

§ III.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* de la enfermedad es contínuo, pero con alternativas, remisiones y exacerbaciones, que constituyen sus caractéres esenciales; la menor causa de excitacion revela los accidentes cuando parecen adormecidos. La duracion es larga, por no decir indefinida.

Las alteraciones consecutivas al aparato de la generacion pueden hacerse permanentes, agravarse y establecer en el enfermo *pérdidas seminales*, accidente de que trataremos bien pronto.

Los desórdenes del aparato génitourinario producen siempre la influencia mas fatal sobre los enfermos, encontrándose en un estado

muy próximo á la lipemania: sobreviene el marasmo, pudiendo suceder que la muerte termine estos accidentes, aunque no sea el término necesario de la prostatitis crónica.

En los casos dichosos queda estacionaria, sin otras complicaciones que sus consecuencias directas, ó bien cede á un tratamiento muy bien dirigido.

Las *recidivas* son muy fáciles. En los viejos, el infarto ó hipertrofia de la próstata no retrocede jamás, á pesar de todos los recursos del arte, para curar los desarreglos de la orina, que esta hipertrofia determina en ellos, abreviando con frecuencia su existencia.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

Es muy raro el tener ocasion de hacer la autopsia cuando la próstata tiene un principio de inflamacion crónica, ó está en uno de sus primeros grados; las lesiones ordinarias son aumento de volúmen, que será siempre menor en la prostatitis de los adultos que en la hipertrofia prostática de los viejos, hay adherencias periféricas de la glándula, un espesamiento de su mucosa y alteraciones mas ó menos graves del cuello vexical y del orígen de la uretra (fig. 123).

Hecho un corte, se ve una textura como esponjosa, la superficie de seccion es roja ó morena, el tejido glandular encierra mas líquido que en el estado normal; este líquido se exprime fácilmente por presion, y aparece gris ó amarillento. Algunas veces, segun Hodgson, se encuentran pequeños abscesos del grosor desde un grano de mijo hasta la de un volúmen y peso bastante considerable. Caudmont, citado por Civiale, ha visto granulaciones hipertróficas, que habian hecho desaparecer el tejido normal: eran blandas y unidas á unos filamentos que parecian conductos excretores. En algunos sugetos los conductos son espesos, resistentes, el tejido celular de la glándula muy abundante, y el órgano mas duro, mas consistente que lo ordinario. La region prostática de la uretra está húmeda, y presenta frecuentemente alteraciones. La vejiga y las vexículas seminales



Fig. 123.—Hipertrofia de la próstata en sus tres lóbulos, llevada á un grado poco considerable. Salida del lóbulo medio, que envía una prolongacion á la cresta uretral, la cual está mas pronunciada que en el estado normal. Paredes vexicales rojas hipertrofiadas. (Civiale, t. II, p. 178.)

participan mas ó menos de estos desórdenes. Cruveilhier ha visto estas últimas llenas de pus en individuos que habian sucumbido por afecciones de la próstata, complicadas con abscesos urinarios.

Hipertrofia de la próstata.—Lo que distingue, segun Hodgson, la inflamacion crónica de la hipertrofia de la glándula es que en el primer caso hay produccion de linfa plástica y de pus, mientras que en el segundo hay simplemente un desarrollo exagerado de los elementos normales de la glándula. Al cortar una próstata hipertrofiada de esta manera, se ve salir una gran cantidad de porciones de tejido, generalmente de forma redonda; el color es pálido ó amarillo, con manchas rojas en espacios claros, y entre los folículos ó los conductos se ven pequeños espacios negros debidos á la presencia de concreciones opacas. Los pequeños cuerpos redondeados no son otra cosa que lóbulos de la glándula enormemente hipertrofiados. Con el microscopio no se ve ningun tejido nuevo, sino los elementos propios de la glándula multiplicados de una manera uniforme, ó siguiendo un modo irregular, que ha cambiado las relaciones de las diversas partes del órgano; por ejemplo, los elementos glandulosos pueden estar hipertrofiados, lo mismo que los elementos fibrosos (fibras musculares, elásticas, de tejido conectivo), ó bien el aumento de uno de estos dos tejidos es mayor que el del otro, lo mas frecuente es que se hipertrofie el tejido fibroso. Se comprenden los que resultará respecto á la consistencia de la glándula.

La próstata hipertrofiada puede tener dimensiones enormes, pesando 7 gramos ya hay hipertrofia; se la ve pesar 10 ó 12 gramos; el peso mas elevado que se ha encontrado hasta ahora es de 260 gramos. Diremos aquí varios ejemplos de próstatas hipertrofiadas (figura 124 y 125).

Siempre resultan de estas hipertrofias modificaciones serosas en la disposicion del estado del cuello de la vejiga de la uretra (fig. 124); unas veces hay una prolongacion considerable del cuello vexical ó bien el lóbulo medio se reune por una prolongacion en relieve con la cresta uretral; algunas veces forma un verdadero tumor (fig. 125).

Se pueden encontrar encajados en la próstata cálculos procedentes de la vejiga, y que han sido causa de la inflamacion prostática; además, la próstata puede presentar cálculos que la son propios, pudiendo nosotros agregar estos detalles á la anatomía patológica de esta enfermedad.

Cálculos prostáticos.—Thompson (1), Civiale, Beale, han dado detalles interesantes sobre estas concreciones. Se forman en las glándulas de la próstata por depósito, dispuestas en capas concéntricas, de una materia albuminosa que se reabsorbe en seguida parcialmente, dejando las sales terrosas, particularmente *el fosfato de cal.* En los viejos, tienen los cálculos un volúmen bastante con-

(1) Thompson, *The enlarged Prostate*, p. 265.



Fig. 124—Hipertrofia de la próstata, predominando el lóbulo izquierdo, prominencia grande de la glándula en la vejiga; desviacion extraordinaria del cuello vexical. (Civiale, t. II, figura 12, p. 123.)



Fig. 125.—Hipertrofia enorme de la próstata, sobre todo en los lóbulos laterales; el lóbulo medio se reune por una prolongacion á la cresta uretral, que es muy prominente. Trígono vexical elevado é hipertrofiadas sus paredes. (Civiale, t. II, fig. 19, p. 208.)

siderable, y en capas concéntricas manifiestas; son de ordinario duros y blancos como la porcelana, rara vez frágiles y porosos, en su centro se pueden reconocer células. De la próstata pasan frecuentemente á la uretra (Civiale), y algunas veces á los conductos eyaculadores (de Blegny). Cuando son numerosos y de bastante volúmen, determinan accidentes de inflamacion crónica. Algunas veces convierten la próstata en una especie de seno esponjoso, de estructura areolar (fig. 127).



Fig. 127.—La vejiga ha sido dividida verticalmente por su pared posterior, y la próstata por su pared inferior. Se ve sobre el pedazo derecho del corte una multitud de pequeños cálculos miliares, morenos, parecidos á gruesos granos de arena, reunidos en focos; el trozo izquierdo presenta la estructura celulosa de la próstata; cada una de las células contiene varios pequeños cálculos. Un corte vertical sobre la pared superior del conducto de la uretra, establece que la porcion próstata que rodea esta pared superior presenta la misma disposicion esponjosa y contiene igualmente cálculos. (Cruveilhier, *Anatomie pathalogique du corpi humain*, 30e livraison,—Civiale, t. II, p. 345.)

§ V.—Diagnóstico, pronóstico.

Diagnóstico. —Los signos locales que hemos dicho, el tacto rectal, el cateterismo, la presencia y el exámen microscópico del líquido de la prostatorrea, constituyen los signos del diagnóstico *absoluto*. Se puede emplear el exámen endoscópico con ayuda del cual Desormeaux (1) asegura pueden reconocerse las ulceraciones de la porcion prostática de la uretra y sus fungosidades.

Las *enfermedades del recto* no se confundirán si se practica con cuidado el tacto rectal. Por medio del cateterismo distinguiremos un *estrechamiento* uretral de las alteraciones del nivel de la próstata por su infarto crónico.

La *neuralgia* propia del cuello vexical está caracterizada por los fenómenos concomitantes que imprimen un sello á la neurosis. Si se temiese confundir la prostatitis con las *piedras de la vejiga*, se procederá á la exploracion de esta

(1) Ant. Desormeaux, *De l'endoscope et de ses applications au diagnostic et au traitement des affections de l'urèthre et de la vessie*, leçons faites à l'hôpital Necker.

cavidad con uno de los instrumentos *ad hoc*, por ejemplo, la sonda graduada de Lercier (fig. 128).

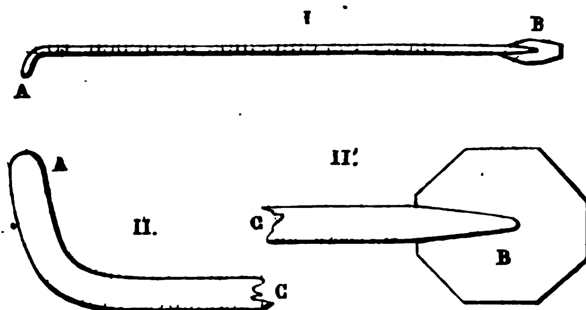


Fig. 128.—I' Sonda prostática graduada de A. Mercier, vista entera.—A Extremidad posterior de la pequeña corvadura.—B Pie octógono de la sonda.—II, II' Las dos extremidades de la misma sonda vistas del volúmen natural A y B.

Esta exploracion demostrará con mas precision la presencia ó ausencia de *fungos* de la vejiga.

No será posible distinguir el infarto de la próstata, el *cáncer* ó los *tubérculos* de este órgano, á no ser por los signos racionales generales; á menos que en una época avanzada la orina encierre algunos detritus característicos ó tome caractéres suficientemente significativos. Es generalmente difícil, si no imposible, el afirmar que haya estas complicaciones por parte de las vexículas seminales. Se ha dicho que los cálculos de la próstata dan al tacto ó contacto una sensacion de crepitacion ó de frotamiento; este signo no puede apoyarse sino en una idea preconcebida.

Pronóstico.—Lo que se ha dicho del curso de la enfermedad nos dispensa el decir que el pronóstico es muy grave siempre; en efecto, si el enfermo no corre un peligro de muerte próxima, es de temer que no sobreviva á una larga enfermedad, y que se abrevie la existencia por una complicacion. Por fortuna, el tratamiento puede tener alguna influencia para prevenir la terminacion fatal y librar al paciente.

§ VI.—Tratamiento.

El tratamiento de la prostatitis crónica de los adultos admite las mismas prácticas que el de la forma aguda, salvo una cierta reserva en la determinacion del momento de su aplicacion; el infarto hipertrófico permite emplear varios medios, la mayor parte del dominio de la cirujía, y sobre los que insistiremos un poco.

Emisiones sanguíneas.—La sangría general está indicada muy rara vez en esta forma de enfermedad; las aplicaciones de sangui-

juelas se emplean mas, y Velpeau, Bégin, Ollivier, aconsejan el usarlas cada quince ó veinte dias, á fin de que se opere un desinfarto contínuo.

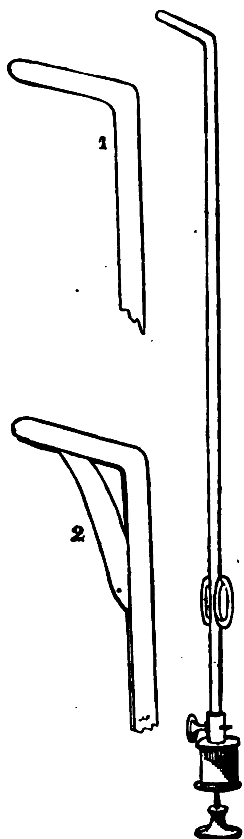


Fig. 129.—Instrumento de Mercier para la secrecion de las válvulas del cuello de la vejiga.—1. Extremidad del mismo, de tamaño natural, con su lámina oculta. 2. El mismo con su lámina saliente.

Baños.—El baño general se soporta siempre bien; los enfermos no deben tomarle sino de poco tiempo. Los de asiento tibios producen casi siempre alivio.

Medios internos.—Se ha dado el *cloruro mercurioso* á dósis alterantes; el *ioduro mercúrico*; el ioduro potásico, en razon á sus propiedades resolutivas; la trementina, cuyo uso es vulgar en todas las afecciones de las vias urinarias; el acetato de plomo, diversos narcóticos ó estupefacientes, en particular el beleño, los baños de mar y las aguas minerales, como las de Vich Contrexéville, y Cauterets. Los medios farmacológicos tienen generalmente poca eficacia, encontrándose tarde ó temprano obligado el profesor á recurrir al tratamiento quirúrgico.

Medios locales.—Antes siempre se deberán ensayar los tópicos calmantes ó astringentes, como vamos á decir, recomendando al enfermo tenerlos el mayor tiempo posible. Miguel (1) ha empleado con éxito el lavatorio siguiente:

Extracto de ratania.....	1 gram.
Láudano de Rousseau...	4 gotas.
Agua destilada..........	C. S.

Para media lavativa.

Las inyecciones con la jeringa no tienen ninguna eficacia, atendiendo al sitio del mal; deben hacerse con ayuda de una sonda.

Se han introducido en el recto *supositorios* de manteca de cacao, con extracto de belladona. En fin, se llevan directamente á la region prostática de la uretra, pomadas astringentes, ungüento napolitano, con ayuda de bujías emplásticas ó instrumentos imaginados para este objeto.

Deniau (2) se sirve de una sonda de goma elástica, provista de un agujero en diferen-

(1) Miquel, *Revue méd. chir, de Paris*, 1849.
(2) Deniau, *Essai sur l'inflammation subaiguë de la prostate chez les adultes*, thèse de Paris, 1865.

tes puntos de su longitud, en la cual pega un pequeño piston, manejado por un mandril de alambre de hierro cocido. Cargada la sonda con pomada, se introduce al grado conveniente, haciendo salir la pomada al punto que se quiera por medio del piston. Lallemand y Dumont han obtenido ventaja por medio de la cauterizacion de la region prostática ó por medio del portacáusticos.

Kiotomía.—En los infartos antiguos y en los casos de hipertrofia prostática en los viejos, se ha querido restablecer el calibre natural del canal por la escision de la válvula del cuello de la vejiga. Antes de recurrir á esta operacion se tendrá cuidado de habituar el canal al contacto de los cuerpos extraños por la introduccion de sondas inflexibles que se pueden dejar introducidas cuando se quiera. La seccion se hace con el kiótomo de Mercier (figura 129), ú otro instrumento análogo. La hemorragia es una consecuencia de repetir este procedimiento.

3.° DEGENERACIONES.

No hablaremos sino dos palabras acerca del *cáncer* y de los *tubérculos* de la próstata.

1.° *Cáncer.*—El cáncer de la próstata, sea primitivo ó secundario, es raro, á pesar de decirse por algunos lo contrario, pues sucede que en los viejos la hipertrofia tiene algunos de los caractéres del cáncer incipiente. La estadística de Tanchou la afirma que en 1904 casos de enfermedades cancerosas en los hombres, solo en ciento encontró el cáncer primitivo de la próstata: á Hodgson le parece algo exagerado.

La forma mas frecuente es la *encefaloide:* se ha negado el *escirro*, sin embargo de citar John Adams dos ejemplos.

No se encuentra esta degeneracion sino en las edades extremas, en los niños y en los viejos; de ocho á cuarenta y un años no existe un ejemplo auténtico.

Los síntomas son la tumefaccion de la próstata y sus consecuencias, hay además dolores lancinantes, reapareciendo con intervalos irregulares, hematuria, y los signos de la caquexia cancerosa. El tacto rectal hace constar la presencia de un tumor; los gánglios linfáticos circunvecinos se infartan. El exámen de la orina manifiesta células cancerosas mezcladas con un líquido, lo que es un elemento precioso de diagnóstico. El tratamiento no puede ser sino paliativo.

Hodgson refiere 18 casos de esta degeneracion: 12 en los adultos y 6 en los niños.

2.° *Tubérculos.*—Es un accidente bastante raro de la próstata, mas que el cáncer. Parece que Beraud, Verdier y Velpeau han tomado algunas veces por tubérculos, simples productos inflamatorios; Lebert (1) se inclina en el mismo sentido. Robin y Beraud han exa-

(1) Lebert, *Traité d'an. pathol. gén. et spéciale*. Paris, 1857, t. I, p. 688.

minado con el microscopio concreciones llamadas tubérculos de la *próstata*, y han reconocido el corpúsculo poliédrico irregular, con granulaciones amorfas. Todos saben hoy que estos elementos no prueban absolutamente nada relativamente al orígen de un producto morboso, y que los productos inflamatorios simples pueden presentarse bajo la misma apariencia.

Por lo comun los tubérculos de la próstata coinciden con la presencia de los mismos en los riñones, los testículos y los pulmones. Las observaciones de Viard (1), A. Vidal (2), Hodgson y otros autores han puesto esta relacion en evidencia.

Los depósitos tuberculosos se presentan mas veces en la periferia del órgano que en su centro, afectando sobre todo los lóbulos laterales. No hay síntomas característicos; en el caso que se sospeche esta lesion es preciso abstenerse de hacer toda maniobra con los instrumentos.

ARTÍCULO II.

ENFERMEDADES DEL TESTÍCULO.

No nos ocuparemos en este artículo de la *inflamacion* aguda y crónica de la glándula seminífera, y de las principales *degeneraciones* que pueden afectar al testículo. Antes pensamos decir algunas palabras de las *anomalías* que puede padecer este aparato y que producen trastornos mas ó menos graves de su integridad funcional, produciendo la impotencia ó la *infecundidad*, condiciones patológicas que son el resorte de la medicina.

1.° ANOMALÍAS DE LOS TESTÍCULOS.

No se sabe, segun Curling (3), de un caso aútentico de testículo supernumerario; el tercer testículo de la mayor parte de las observaciones de este género no ha sido sino un tumor fibroso.

Los casos de ausencia completa de un testículo ó de los dos, (monorquidia ó morquidia verdadera), sin ser imposible son igualmente muy poco numerosos. No nos detendremos en estas curiosidades científicas que puede un observador aislado no encontrar un solo caso en toda su práctica profesional....

La *emigracion incompleta* del testículo es la observacion mas conocida, constituyendo lo que se llama *monorquidia*, cuando hay un solo testículo en el escroto, y *critorquidia* cuando las dos glándulas

(1) Viard, *Bull. de la Soc. anat.* 1847, p. 326.

(2) Aug. Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, 5.ª édition, avec des additions et des notes par Fano. Paris, 1861, t IV.

(3) Curling, *Traité pratique des maladies du testicule*, trad. par Gosselin. Paris, 1857.

están ausentes. Cuando el testículo no desciende á las bolsas, queda en el abdómen, ó va á otra via alejada porque no es el trayecto acostumbrado de su emigracion; O. Lecomte (1) ha descrito muy bien estas diversas situaciones ó *ectopías* del testículo bajo el nombre de *inclusiones*, término propuesto por H. Larrey; hay una inclusion pelviana, una inclusion *inguinal*, una inclusion *perineal* y una inclusion *crural*.

Las causas del descenso del testículo, segun Curling, son variadas: este vicio de conformacion depende de la debilidad ó de la parálisis de cremaster, ó sea de adherencias que retienen este órgano en el abdómen peritonitis fetal, sea, en fin, de la extrechez del anillo inguinal externo. Aun despues de estar en las bolsas el testículo, se suele subir en algunas ocasiones por traumatismos, sin volver á descender á su sitio normal.

Curling cita un cierto número de casos en los que los individuos criptorquidos parecia que podian ejercer sin dificultad sus facultades viriles; un sugeto observado por Poland se casó en estas condiciones, y tuvo hijos. Estos individuos han conservado el volúmen normal de los testículos, á pesar de la inclusion. Pero otras veces los sugetos criptórquidos apenas presentan los caracteres de la virilidad, siendo unos infecundos y otros hasta carecen completamente de deseos venéreos. Una atrofia mas ó menos considerable de los órganos seminíferos, coinciden con estas apariencias sintomáticas. En Francia, despues de las observaciones de Follin y Goubaux en los caballos, que comunicaron á la Sociedad de biología en la sesion del 8 de Marzo de 1856, y sobre todo despues de la Memoria de Ernest Godard, hay la tendencia á negar la posibilidad de la fecundacion por los animales ó los hombres criptórquidos. Los individuos cuyos testículos desarrollados están descendidos incompletamente, son *potentes*, dice Godard, ejeculan el esperma privado de animalículos, pero no pueden fecundar. Es una ley que los *criptórquidos* no son aptos para la reproduccion. Gosselin dice solamente que la fecundacion puede ser considerada como rara y excepcional.

Parece que, al contrario de la opinion de los antiguos, los criptórquidos no son mas lujuriosos que los individuos cuyos testículos están en el escroto, pero que manifiestan los indicios de su virilidad incompleta en el hábito exterior en el timbre de la voz, en el desarrollo escaso de la barba, y hasta en su carácter y gustos. Cuando tienen algun apetito de aproximacion sexual, el cumplimiento de este acto se efectúa sin placer.

En la autopsia de los individuos monorquidos ó criptórquidos, se encuentra el testículo en el abdómen, con su volúmen normal, ó con una atrofia mas ó menos considerable, pero la téstura glandular del órgano no está alterada. Solamente los coductitos seminíferos no

(1) O. Lecomte, *Des ectopies congénitales du testicule et des maladies de ces organes engagés dans l'aine*, thèse de Paris, 1851, nº 159.

encierran animalillos, sino solamente un epiteliun. Las vesículas seminales, que son generalmente mas pequeñas que las normales, no encierran nada.

Esta grave enfermedad no se cura jamás, y no exige tratamiento cuando el testículo está en el abdómen. Pero no es raro que la glándula descienda al anillo inguinal, y quede enclavada con y sin hernia del intestino. Es importante reconocer el testículo en este tumor para no comprimirle con un apósito, ó hacerle objeto de aplicaciones locales intempestivas. El testículo se reconoce por su forma, su sensibilidad expecial á la presion en el adulto, y en el vacío del lado correspondiente del escroto. En los niños, esta situacion anormal del testículo no entraña generalmente inconvenientes cuando se abandona á sí misma, vale mas, sin embargo, segun Gosselin, procurar hacer entrar el órgano, y el intestino con él si está herniado, y mantener el todo con un vendaje. Al establecerse la pubertad, el testículo aumenta de volúmen, y manifiesta la compresion de que es objeto (sobre todo si hay hernia al mismo tiempo), por dolores algunas veces muy vivos que no cesan hasta que se ha reducido el tumor, lo que suele intentar tambien por medio de un vendaje. Algunas veces los sufrimientos son bastante vivos para poner en peligro la vida del sugeto, sobreviniendo la inflamacion, y es necesario recurrir á las emisiones sanguíneas, á los tópicos emolientes ó narcóticos, y en los casos extremos, puncionar el tumor testicular ó hacer su oblacion.

La epidemitis blenorrágica puede afectar al testículo detenido en el anillo: esta enfermedad ha sido particularmente estudiada por O. Lecomte y mas tarde por A. Paris (1). Se acompaña de fenómenos generales y locales análogos á los de la peritonitis, y puede terminar por la muerte.

La inflamacion y diversas degeneraciones son otras de las enfermedades que puede padecer el testículo, cualquiera que sea la forma de su inclusion, lo que es una circunstancia agravante para el pronóstico.

Mencionaremos, por último, la *atrofia* del testículo y su *ausencia* completa, existiendo en el escroto solamente el conducto deferente. Cuando la atrofia esté avanzada y sea doble, están gravemente comprometidas las funciones de generacion. Si hay *anorquidia* absoluta no entran en ereccion sino accidentalmente y no eyacula jamás. (Godart.)

2.° ORQUITIS AGUDA.

Los conocimientos exactos sobre la inflamacion del testículo son recientes. La forma de orquitis mas comun, la orquitis blenorrágica, se la ha dado varios nombres, segun el antiguo humorismo, como *hernia humoral*, *purgaciones caidas en las bolsas* (los Ingleses), etc.,

(1) A. Paris, *De l'orchite inguinale*, thèse de Strasbourg, 1857.

hasta que Ricord leyó á la academia de medicina su Memoria, que fijaba la ideas sobre el sitio habitual de la flegmasía testicular, y la dió el nombre de *epidedimitis*. Velpeau, A. Vidal, Gaussail (1) Aubry (2), d'Espine (3) han aclarado bajo varios puntos de vista la historia de esta enfermedad; Gosselin (4) llamó la atencion sobre la orquitis *variolosa* (1852), que Berard (1859) hizo despues objeto de nuevos estudios. Se debe á Gosselin investigaciones preciosas sobre la obliteracion consecutiva de los conductos excretores del testículo. El Tratado de Curling tiene sobre la orquitis un capítulo, que es la síntesis de nuestros conocimientos sobre la materia. Citamos además una buena tésis de Charles Hardy (5) sobre el mismo asunto.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La *orquitis* es la inflamacion del testículo. La porcion del órgano mas frecuentemente afectada es el epidídimo, recibiendo entonces el nombre de epididimitis; se la ha llamado tambien *testículo blenorrágico*, tumor venéreo, *purgaciones caidas en las bolsas* y *hernia humoralis*, y cualquiera que sea su orígen se la llama *didimitis*.

Es una enfermedad frecuente y de observacion vulgar, en razon de numerosas circunstancias.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes*.—La mas comun de todas es la *blenorragia*. Mas ¿cómo obra? Vidal y algunos autores antiguos veian en la inflamacion del testículo una *metastásis* de la uretra; otros la han creido consecuencia de una *simpatía* fisio-patológica; Velpeau y Ricord creen que el hecho general es la propagacion de la inflamacion de la uretra hácia el epidídimo por el intermedio de los conductos eyaculadores y deferentes. Nosotros nos inclinamos á esta última opinion, admitiendo que la simpatía morbosa puede representar aquí un papel importante.

No es generalmente al principio de la blenorragia cuando se declara la orquitis, sino á los veinte dias despues.

La inflamacion no blenorrágica de la uretra, del cuello de la vejiga ó de la próstata, establece la misma predisposicion.

Una causa muy notable es la influencia que crean ciertas *epide-*

(1) Gaussail, *Mém. sur l'orchite blennorragique (Archives générales de médecine*, t. XXVII, p. 210.

(2) Aubry, *Rech. sur l'epididymite blenorrh.* (*Archives générales de médecine*, 1841).

(3) D'Espine, *Mémoire analytique sur l'orchite blenorrhagique (Mém. de la Soc. méd. d'observ.*, t. I, p. 494).

(4) Gosselin, *Orchite varioleuse (Mémoires de la Société de biologie*, 1852).

(5) Charles Hardy, *Études sur les inflammations du testicule, et principalement sur l'épididymite et l'orchite blenorragiques*, thèse de Paris, 1860, núm. 207.

mias, y en particular las epidemias de *parótidas;* cuando declinan estas afecciones no es raro ver sobrevenir una orquitis generalmente benigna; Rilliet (1) ha observado en Génova en 1848 y 1849 una série de casos. Se presenta este mismo accidente en la declinacion de algunas viruelas y fiebres tifoideas. Trousseau (2) califica de metastásis este trasporte brusco del infarto de la parótida al testículo.

2.° *Causas ocasionales.*—Todo traumatismo que interese directamente al testículo, y la compresion brusca y prolongada de este órgano (como sucede á los que montan á caballo), son las causas que obran de una manera independiente. Se ha dicho que pueden determinar la orquitis los vivos deseos venéreos.

Las causas ocasionales son mas poderosas cuando existe una blenorragia. Pero esto supuesto, las que mas frecuentemente la determinan son la *falta de suspensorio*, la *abstinencia del cóito*, los excesos de régimen, la marcha, la equitacion, y á menudo el *tratamiento* de la blenorragia. Si es dudoso que las inyecciones astringentes y los cáusticos sean algunas veces capaces de producir este resultado, nosotros creemos con Hardy que no lo es menos el uso de las bujías emplásticas, por ejemplo, las bujías hechas con glicerina y de tanino dejadas algun tiempo en el conducto de la uretra.

La epididimitis es, pues, siempre secundaria; sin embargo, se la ha visto aparecer sin causa apreciable.

§ III.—Síntomas.

Cuando el testículo se inflama, se *hincha* en algunas horas, se hace duro y sensible, pesado y doloroso. El dolor es sordo y se extiende hasta los riñones ó se irradia hácia la cadera y el muslo; mas tarde, es tan vivo, que no se puede soportar el mas ligero contacto. *El escroto se pone rojo*, reluciente, caliente, edematoso.

En este momento se suele suprimir el derrame blenorrágico, sin embargo de que esta regla no es absoluta.

Los síntomas generales se manifiestan y pueden llegar á producir suma gravedad. Hay fiebre, calor en la piel; la lengua está saburrosa, estando algunas veces atormentado el enfermo por *náuseas* y *vómitos*. Este estado agudo dura de cuarenta y ocho horas á ocho y mas dias; pero no se presenta en todos los individuos, pues algunos no experimentan sino los síntomas sub-agudos. Tambien puede suceder que el testículo no experimente sino una sensibilidad moderada y aumente poco de volúmen.

La orquitis blenorrágica afecta casi siempre al epidídimo, como ya hemos dicho anteriormente. Se distingue bastante bien esta particularidad en la forma exagerada del epidídimo, que se dibuja en la masa del tumor, y por el contacto se reconoce mejor su dispo-

(1) Rilliet, *Gazette médicale de Paris*, t. I, p. 42.
(2) Trousseau, *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*. Paris, 1865, t. I, p. 182 y 183.

sicion en cúpula alargada, espesa, dura, que recibe en su concavidad el testículo, que continúa blando, á la manera que la bellota de encina oculta este fruto. La enfermedad puede ser ó simple ó doble. Ricord piensa que es mas frecuente en el izquierdo, á causa del frotamiento del pantalon: esta frecuencia parece que varía, según las séries morbosas.

La túnica vaginal, los elementos del cordon, aisladamente ó en conjunto participan mas ó menos del estado inflamatorio. Hardy ha creído basar en estas circunstancias una division en *hidro-epididimitis*, epididimitis *funicular*, *diferencial*, *vásculo-diferencial*.

La epididimitis blenorrágica es rara vez crónica.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El Curso de estos accidentes es esencialmente contínuo; una particularidad notable se presenta algunas veces, y ha sido señalada por Ricord; es el paso brusco de la inflamacion de un testículo al otro, quedando el primero libre (epididimitis de *váscula*).

La *duracion* varía de once á noventa dias (Hardy); el término medio, segun d'Espine, es de treinta y tres dias y medio, y segun Gaussail (de 73 casos) de treinta y treinta y cinco dias.

La orquitis aguda se termina frecuentemente por *resolucion;* en casos raros supura y termina por *gangrena*, como A. Berard refiere en una observacion, y como Hardy ha visto una vez al servicio de Voillemier en Lariboisiere.

Despues de la resolucion de la orquitis queda una induracion bastante considerable de la cola del epidídimo; esta induracion se une á la obliteracion del conducto deferente, que trastorna las funciones del órgano, aunque por fortuna no suele ser definitiva. Gosselin ha demostrado que durante mucho tiempo despues de la curacion de la orquitis doble, el esperma de los enfermos no contiene animalillos, aunque algunas veces eyaculan mayor cantidad de esperma que lo ordinario, y con las mismas condiciones de vigor genital. Rollet ha hecho observaciones iguales.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Curling y Gaussail han tenido ocasion dos veces cada uno de disecar testículos afectos de inflamacion aguda. Marcé (1) ha dado el resultado del conjunto de observaciones en un sugeto que murió del cólera en el curso de una orquitis. Segun Curling, la túnica vaginal está mas ó menos distendida por la linfa ó materia albuminosa infiltrada de serosidad rojiza, que establece adherencias blandas entre las superficies opuestas de la membrana; la serosa está vascularizada. El

(1) Marcé, *Gazette des hôpitaux*, 1854, p. 597.

volúmen de la glándula es poco mayor; el aumento de volúmen se encuentra mas especialmente en el epididimo solo; el testículo está un poco rojo, congestionado. El epididimo tiene doble ó triple volúmen. Su tumefaccion la causa una exudacion de un *depósito oscuro* en el tejido celular, que rodea las circunvoluciones de su conducto, particularmente las que forman la cola; las túnicas del conducto deferente son espesas, inyectadas. Gosselin ha encontrado con Marcé esta sustancia amarilla, plástica, penetrando en el epididimo. Charles Robin ha visto por medio del microscopio granulaciones grasosas, corpúsculos de inflamacion y algunos glóbulos de pus. La orquitis parotídea es siempre testicular, mientras que la variolosa es mas frecuentemente *vaginal* (Hardy).

Cuando la orquitis ha supurado, el pus se infiltra y desorganiza la glándula, ó bien se enquista y forma un absceso separado. En uno y otro caso sus elementos líquidos pueden ser absorbidos y el resto concretarse, y creer en la autopsia que son tubérculos. La epididimitis tambien puede terminar por supuracion, como el testículo mismo; pero es rara esta terminacion en la epididimitis secundaria.

La atrofia y la disminucion del número de los conductos seminíferos son las consecuencias posibles de la inflamacion.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—Los signos directos son la tumefaccion, el dolor, el enrogecimiento escrotal, la reaccion febril, y entre los anamnésticos, la existencia de una blenorragia en una época bastante avanzada de su curso, la de una viruela, y las epidemias de parótidas.

No se confundirá jamás la orquitis con la *hernia estrangulada*, pues en el primer caso, cuando la inflamacion se ha propagado al cordon, hay meteorismo, vómitos... En la orquitis es difícil establecer una separacion entre el testículo y el tumor inflamatorio, lo que es posible en la hernia: el vientre está menos tenso en la primera; su sensibilidad es mas general en la segunda. Si la hernia es congénita, el conocimiento de este accidente quitará las dudas. Cuando tenemos en nuestra presencia una orquitis *inguinal*, puede existir duda, pero desaparece cuando nos cercioremos de la falta del testículo en el sitio correspondiente del escroto. Se reconocerá bastante bien la inflamacion del epididimo de la glándula misma en los signos que hemos dado y que se pueden percibir por la palpacion: el conducto deferente está cogido por el epididimo, y casi nunca por el testículo solo. El dolor de la orquitis verdadera es mas pronto y mas intenso que el de la epididimitis.

La agudeza de los síntomas no permite confundir esta enfermedad con su forma crónica.

Pronóstico.—La orquitis aguda es una enfermedad esencialmente benigna; algunos médicos apenas la tratan en los casos ordinarios.

Las consecuencias mas funestas son la infecundidad, por lo menos temporal, que puede resultar de la epididimitis doble, y cuando hay supuracion del testículo mismo, ya puede aceptarse su integridad órganica y funcional. Las complicaciones graves que pudiesen hacer mortal esta enfermedad se presentan muy rara vez.

§ VII.—Tratamiento.

Antiflogísticos.—Deben ser proporcionados á la intensidad de la inflamacion y al vigor de los enfermos, *la sangría general* es necesaria rara vez; contentándose con aplicar diez ó doce sanguijuelas una ó dos veces en las veinticuatro horas, lo mas cerca posible del trayecto del cordon y no sobre el escroto, donde las picaduras de las sanguijuelas producirian algunos accidentes de inflamacion cutánea.

Evacuantes.—En el principio de la enfermedad, la administracion de un *purgante*, sin curar la enfermedad, previene la intensidad de los fenómenos febriles y de la fluxion local; mas tarde, cuando se ha establecido la inflamacion, deben administrarse los purgantes suaves, sobre todo cuando hay tendencia al estreñimiento.

Hay un método de tratamiento que consiste en la administracion del tártaro estibiado á dósis vomitivas; Curling asocia al hémetico el sulfato de magnesia á pequeñas dósis y la tintura de beleño.

Se da tambien por la tarde el cloruro mercurioso á la dósis de 10 á 15 centígramos, asociado á 30 ó 40 centígramos de los polvos de Dower; algunos emplean el mercurio hasta el principio de la salivacion.

Medicacion tópica.—La mejor aplicacion local, segun Curling, serian las *hojas empapadas de agua de cal* ó la infusion de cabezas de adormideras. En las orquitis traumáticas se puede aplicar el frio húmedo y el hielo.

Otros cirujanos prefieren las fricciones resolutivas, por ejemplo, las que se hacen con ungüento mercurial y belladona, segun esta fórmula:

Ungüento mercurial............	30	Extracto de belladona......	16 gram.

O bien con la pomada de ioduro de potasio, ó con la tintura de iodo puro. Ya veremos los medios empleados para hacer la compresion y que puede tener una accion terapéutica local.

Posicion.—Se ha recomendado con razon el *sostener* el testículo afectado cuando el enfermo guarda una posicion horizontal. El uso de un *suspensorio* guarnecido de algodon en rama en el interior llena mas ó menos esta indicacion. Pero es preciso colocar el tumor de tal manera que los vasos se desatasquen por sí mismos, y por consecuencia, lo mejor es sostener el testículo mas elevado que la region del anillo inguinal; se obtiene bastante bien este resultado haciendo

reposar las bolsas sobre una tableta escotada, suficientemente guarnecida de algodon en rama y de compresas, y cuyas extremidades caen sobre los músculos; la escotadura abraza la raíz de las bolsas.

Compresion.—Se obtiene por medio de *tiras de diaquilon* metódicamente colocadas sobre el tumor despues que se hayan desinfartado los vasos lo mejor posible y tenerlo elevado algun tiempo. Algunas veces se sirven de *diaquilon* revestido de emplasto *de Vigo*, sobre todo cuando se trata de una orquitis cuyos fenómenos agudos se han calmado. Para aplicar este procedimiento, es preciso rasurar las partes y tener tiras de dos centímetros de anchura y 15 ó 20 de longitud. Se cubre enteramente el tumor cuando nos servimos del diaquilon medicamentoso. La introduccion del método de las tiras compresivas se debe á Fricke de Hambourg (1). En Francia se ha ensayado la compresion con la ayuda de una capa de *colodion* aplicada desde su principio, ó con *el colodion ricinado*, menos irritante para la piel del escroto.

Medios quirúrgicos.—La *puncion de la túnica vaginal*, recomendada y practicada por Velpeau, calma el dolor sin apresurar la curacion (Gosselin). El *desbridamiento de la túnica albugínea*, que A. Vidal (2) dice haber practicado cuatrocientas veces, es frecuentemente inútil y peligroso: los peligros no se han manifestado al autor del procedimiento, y es, segun Gosselin, que Vidal se ha ilusionado cuando creyendo puncionar la cáscara testicular, solo hizo una incision en la serosa.

Creemos que el consejo de Broomfield, de sostener el flujo blenorrágico á toda costa, debe ser considerado como un medio de tratamiento serio.

3.° ORQUITIS CRÓNICA.

Infinitamente menos frecuente que la orquitis aguda, la orquitis crónica puede tener una importancia patológica mas grande, en razon de las consecuencias graves que entraña, pues el sitio ordinario de ella es el testículo, y no el epidídimo, y tiende á suprimir la funcion, sea por sí misma, sea determinando la enfermedad llamada *fungus* del testículo.

§ I.—Causas.

A. Cooper ha sentado el principio de que la causa *predisponente* habitual de la orquitis crónica es una *constitucion debilitada* y una *salud general alterada*. Las manifestaciones escrofulosas en la juventud, la intemperancia, la debilidad producida por el abuso del mer-

(1) Fricke, *Zeitschrift fürt die gesammte Medicin*, et *Gazette médicale de Paris*, 1846.

(2) Aug. Vidal (de Cassis), *Traité des maladies vénériennes*, 3ª édit.

curio, la insuficiencia de alimentacion, la habitacion en lugares frios y húmedos, son las condiciones que desarrollan este estado de deterioro de toda la economía. Los niños padecen algunas veces orquitis crónica.

Para Gosselin son muy raras las orquitis crónicas que no son *sifilíticas*, *cancerosas* ó *tuberculosas*.

Las causas ocasionales mas frecuentes son las *enfermedades de la uretra*, una *contusion ligera*, los excesos del cóito, ó bien sobreviene poco tiempo despues de la cesacion del período de agudeza de una orquitis aguda. Puede mostrarse durante un ataque de gota, en los reumáticos, etc.

§ II.—Síntomas.

Al principio, el testículo se pone *ligeramente doloroso*; poco tiempo despues el enfermo hace notar un *ligero aumento de volúmen* y una *induracion irregular* sobre algun punto del órgano, sobre todo en la parte inferior del epidídimo. El cuerpo de la glándula y el epidídimo se confunden bien pronto en un solo tumor unido, firme, no elástico, formando un óvalo un poco aplanado. El tumor se hace sitio de *un dolor sordo* y de un *sensacion de peso* que se extiende hasta los riñones. La supresion le exagera poco, y en cierta época hay indolencia perfecta. Un derrame vaginal poco considerable se suele unir á estas manifestaciones; lo mas comun es que solo se afecte un solo testículo, los dos á un tiempo es muy raro.

Tal es, segun Curling, la descripcion de esta enfermedad, poco comun en Francia.

§ III.—Curso, duracion y terminacion.

La orquitis crónica puede quedar largo tiempo estacionaria, y el enfermo, estando provisto de un suspensorio, no se preocupa nada por otro lado. En un momento dado, por una contusion ligera ó un exceso, vuelven á aparecer los síntomas, se agravan, sobreviniendo alteraciones notables en la piel del escroto; esta membrana se enrojece, se adelgaza, y concluye por ulcerarse en un punto. En este caso se produce una hernia del testículo, ó un fungus benigno.

Fungus benigno del testículo.—Despues del trabajo de Lawrence (1), el fungus del testículo ha sido objeto de interesantes investigaciones por parte de Jarjavay (2), Deville (3), y de una tésis muy reciente de Hennequin (4). Hay, segun este autor, dos clases de fun-

(1) Lawrence, *Edinb. med. and surg. Journal*, 1808, vol. IV, p. 257.
(2) Jarjavay, *Fongus du testicule* (*Archives générales de médecine*. 4.ª série, tomo XX).
(3) Deville, *Moniteur des hôspitaux*, 1853.
(4) Hennequin, *Du fongus bénin du testicule*, thèse de Paris, 1865, n.º 139.

gus; la primera, reconocida por todos los autores, consiste en la salida á través de las cubiertas escrotorales del testículo mismo, con la túnica fibro-serosa (albugínea); se recubre de granulaciones que hacen que se dé á este tumor el nombre de *fungus* ó *granular swelling* empleado por Cooper (1); la segunda comprenderia además la emergencia, á través de un punto fistuloso de la túnica albugínea, de la sustancia tubulosa de la glándula, sustancia que se mortifica pedazo por pedazo, á medida que llegan al exterior. Este seria el verdadero fungus por su relacion á la integridad del órgano, no siendo la primera forma mas que una hernia del testículo.

Este tumor es indolente, pero revela frecuentemente por la presion, la sensibilidad particular del testículo; por la abertura se vierten detritus y productos saniosos que le adelgazan poco á poco, y concluyen por vaciar el escroto. En este momento cesa todo dolor.

Es muy raro que la orquitis crónica se termine por *resolucion*. La destruccion expontánea del fungus es algunas veces un modo natural de curacion; otras veces esta destruccion no es sino parcial; el tumor se contrae, se reduce y tiene lugar en seguida la cauterizacion de la abertura ulcerosa.

La orquitis crónica se termina tambien por *supuracion*. En este caso, ó bien el abceso se abre al exterior por una *fístula expermática* que vierte hácia fuera un pus mezclado algunas veces con el líquido seminal; Gosselin, algunas veces, no ha encontrado animalillos, y cree que la obliteracion de los vasos seminíferos alrededor del abceso impide absolutamente su presencia en el líquido purulento; tambien se produce un abceso enquistado, como A. Cooper, A. Nélaton (2) y Denonvilliers han observado.

En fin, los productos inflamatorios pueden persistir simplemente y aumentar por una dureza indefinida el volúmen y la consistencia del órgano.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

Curling (3) ha establecido el carácter anatómico mas constante cuando el testículo padece inflamacion crónica. Esta lesion consiste en la exudacion de una *materia plástica*, en el parénquima del testículo ó del epididimo, es *amarilla*, *homogénea* y *blanda*, que se solidifica en seguida y se adhiere fuertemente al tejido propio del órgano. Esta sustancia se deposita en pequeñas masas aisladas, que se reunen, y engrosándose pueden concluir por penetrar en todo el testículo, fundiéndole en una masa de un color blanco amarillo uni-

(1) A. Cooper, *Observations on the structure and diseases of the Testis*, 1830.
(2) A. Nélaton, *Abcès chronique ou kyste suppuré du testicule.* (*Moniteur des hôpitaux*, 1855, p. 156.)
(3) Curling, *loc. cit.*, p. 318.

forme. Hay además un derrame de 60 á 80 gramos en la túnica vaginal (hidro-sarcocele).

La sustancia amarilla es fibrilar, sin elementos microscópicos determinados; se deposita en el tejido celular intertubular; algunas veces se la encuentra en los tubos seminíferos, pareciéndose entonces á los productos tuberculosos. Curling mira esta exudacion amarilla como una de las causas mecánicas de la hernia del testículo ó *fungus* benigno. El fungus, en el sentido que le da Hennequin, tendria por causa una inflamacion parenquimatosa aguda del testículo. En uno y otro caso, la parte granulosa de estos tumores se asemeja en general á los mamelones carnosos, estando constituido por tubos seminíferos el cuerpo del tumor. En una época avanzada se manifiesta atrofia ó desaparicion de la glándula, ó la presencia de un cuerpo fibroso en su lugar.

En una observacion de orquitis supurada de A. Nélaton, la túnica albugínea persistia con algunas señales del tejido propio del testículo, la cavidad era enorme y tenia las paredes de un espesor parecido al del corazon izquierdo.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—La orquitis crónica se caracteriza por la presencia de un tumor poco voluminoso, con no mucho dolor, y de un curso lento.

Se distingue del *hematocele* en que este sobreviene rápidamente y forma un tumor blando muy considerable, que no determina nunca la hernia del testículo. El *encefaloide* tiene una superficie mas irregular, abollada, de un volúmen muy grande, con infarto del cordon y de los gánglios inguinales; empieza por el epididimo.

El fungus benigno del testículo se ha confundido frecuentemente, bajo el nombre de *sarcocele*, con las degeneraciones cancerosa y tuberculosa del mismo órgano. Nosotros hablaremos de este diagnóstico mas adelante.

Pronóstico.—En general es favorable, en cuanto á la existencia del sugeto, pero grave relativamente á la integridad de la funcion generatriz.

§ VI.—Tratamiento.

Antiflogísticos.—Están rara vez indicados; alguna vez se hace una aplicacion de sanguijuelas en las exacerbaciones de la enfermedad.

Medios internos.—El *mercurio* y el *ioduro potásico* juegan un papel importante en Inglaterra, en el tratamiento de esta afeccion; lo que hace creer á Gosselin que se confunde algunas veces en esta parte con un sarcocele benigno, el sarcocele sifilítico, cuya curacion se obtiene tan fácilmente en general por medio del ioduro potásico,

á no ser que este medicamento no tenga propiedades terapéuticas en la resolucion de los infartos no sifilíticos, cuya hipótesis debe tenerse en cuenta.

Se da el mercurio hasta salivacion, bajo la forma de *píldoras azules*, ayudando el tratamiento con fricciones ó emplastos mercuriales.

El ioduro potásico se administra á las dósis, desde 1 á 4 y 5 centígramos, durante un mes y mas.

Medios externos.—Se practican algunas veces la cauterizacion ó la escision del fungus benigno, cuyos procedimientos quirúrgicos no debemos describir.

En nuestros dias, conociendo la posibilidad de reduccion expontánea del tumor, los cirujanos tienden á favorecer este resultado, cauterizando superficialmente la parte granulosa y practicando una *compresion* metódica para reducir la glándula Syme (1) incinde además la túnica albugínea, reune los labios de la incision sobre el fungus, y se les fija por medio de puntos de sutura.

La cauterizacion es en algunos casos el último y único recurso que se puede emplear. Aug. Nélaton la ha practicado en el sugeto de la observacion citada.

4.° DEGENERACIONES DEL TESTÍCULO.

1.° *Tumores fibrosos.*—No haremos mas que mencionar los tumores *fibrosos*, sobre los cuales Poisson (2) ha llamado expecialmente la atencion; tumores benignos se desarrollan en la túnica serosa parietal ó sobre la testicular, formados únicamente de tejido fibroso (Robin), van acompañados algunas veces de pequeños quistes y de hidrocele, y que sin alterar la textura del testículo pueden determinar cierto grado de atrofia. Segun Curling, estos cuerpos fibrosos se desarrollan sobre las prolongaciones celulosas de la albugínea, entre los tubos seminíferos, y serian una consecuencia de la inflamacion; para Gosselin resultan algunas veces de la *anemia testicular*.

Enfermedad cística.—Quistes.—Son una rareza patológica muy interesante, bien bajo el punto de vista de las lesiones, como los síntomas, que son poco característicos. El sarcoma quístico se desarrolla lentamente y sin dolor, forma un tumor oval, elástico, de superficie ordinariamente lisa, algunas veces irregular. Se nota un poco de fluctuacion cuando al mismo tiempo hay derrame vaginal. En el momento que el tumor se hace de mayor volúmen, se oculta dicha fluctuacion por su volúmen y peso. El diagnóstico directo no se puede asegurar sino por una puncion exploratriz; el tumor quístico no tiene apariencia piriforme ni la trasparencia del *hidrocele*, y no se nota la sensibilidad propia del testículo. Este último signo se distingue del hema-

(1) Syme, *London and Edinb. monthly Journal*, 1845.
(2) Poisson, *Des tumeurs fibreuses péridiymaires*, thèse de Paris, 1858, p. 290.

tocele, que sobreviene bruscamente. El cáncer encefalóide se parece mucho á él exteriormente, siendo este diagnóstico bastante difícil; daremos de él mas adelante los principales elementos.

Curling mira el cuerpo de Higmoro como el punto de partida de la enfermedad quística y en general de todos los sarcoceles; Charles Robin (1) piensa, segun sus investigaciones y las de Lebert, que la epididimitis es el sitio primitivo de estas alteraciones (quistes y cáncer). El tumor quístico está en el interior de la túnica albugínea, y forma un conjunto de quistes múltiples de volúmen desigual, colocados en un tejido celular mas ó menos denso: su pared es algunas veces granulosa. La sustancia tuberculosa del testículo está rechazada á la periferia bajo la forma de una lámina bastante delgada; el epididimo se atrofia igualmente. El tumor adquiere á veces un gran volúmen; se le ve hasta de 15 centímetros de largo y 9 de ancho.

Esta alteracion es generalmente *benigna;* sin embargo, algunos hechos demuestran que con facilidad suele sobrevenir el encondroma y el encefalóide: se encuentran en efecto en algunos de estos quistes núcleos de cartílago ó de materia encefalóidea, que se reconocen con el microscopio por sus grandes células con núcleos. Hay, pues, una forma benigna y otra maligna. Esta última, despues de la ablacion del testículo, manifiesta su naturaleza por la aparicion del cáncer en otros puntos de la economía.

El único medio de *tratamiento* es la *castracion.*

3.° *Encondroma.*—Esta enfermedad puede presentarse ó simple ó con quiste, ó asociada al encefalóide. La tésis de Gyoux (2) ha recogido once casos de encondroma del testículo pertenecientes á diversos observadores. El carácter anatómico de la enfermedad es la presencia del tejido cartilaginoso, reconocible por el microscopio (células de cartílago). Cuando no hay nada mas que encondroma, se le encuentra en la glándula bajo la forma de núcleos blancos ó amarillentos, parecidos en ocasiones á las perlas. El análisis químico ha demostrado la existencia de la *condrina* (Muller). Por sí mismo el encondroma es benigno, segun Paget (3) y Nélaton; segun Lebert, puede generalizarse.

4.° *Cáncer del testículo.*—La forma mas comun es el encefalóide; principia por aumento de volúmen progresivo, lento, poco doloroso, y dejando al órgano su forma oval. El menor accidente determina bruscamente un aumento rápido del tumor: es abollado, y presenta puntos *reblandecidos,* y causa dolor local y sensacion de peso hácia los riñones. El cordon se infarta y los gánglios lumbares linfáticos se interesan; la salud general se deteriora, pronunciándose las apariencias de caquexia. Un poco mas tarde se altera el escroto, se enrojece

(1) Charles Robin, *Recherches prouvant que diverses tumeurs dites sarcocèles du testicule siégent dans l'epididyme (Mém. de la Soc. de biologie,* 2.ª série, t. III, 1856).
(2) Gyoux, *De l'enchondrome du testicule,* thèse de Paris, 1861, núm. 79.
(3) Paget, *Médico-chirurgical Transactions,* vol. XXXVIII, p. 247.

su piel y se adhiere al tumor, y concluye por ofrecer un punto ulcerado, á través del cual se escapa un fungus, sanguinolento y sanioso. Este es el sitio entonces de una gangrena rápida y de hemorragias peligrosas. La muerte puede sobrevenir por los progresos del mal, y sobre todo por la infeccion de la economía.

El encefalóide del testículo se ha confundido con el hidrocele por la falsa fluctuacion que tiene algunas veces. La puncion exploradora suministrará siempre el medio de hacer esta diferencia. La superficie del encefalóide es en general menos lisa, su consistencia menos uniforme, y su marcha mas rápida que la del testículo quístico. El diagnóstico no puede dudarse sino en los primeros períodos, aunque no es muy importante, pues en los dos casos hay que hacer la ablacion. Los antecedentes nos pondrán en guia para conocer el hematocele.

En cuanto al *sitio* anatómico no podemos sino repetir lo que hemos dicho hablando de la degeneracion quística. Para Curling el punto de partida es el *rete testis;* para Robin, en el epididimo; la sustancia seminífera está rechazada y atrofiada de la misma manera que en esta enfermedad. Nos remitimos á los tratados especiales sobre detalles de histología patológica (1).

El *tratamiento* es puramente quirúrgico.

El *escirro* es bastante raro en el testículo; marcha mas lentamente que en el encefalóide, es mas duro, mas abollado, menos voluminoso, y se generaliza con menos frecuencia. Cuando el escroto se ha ulcerado, el tumor se arruga y se retrae por puntos. La salud general se conserva bastante tiempo; algunas veces, sin embargo, se manifiesta la caquexia al mismo tiempo que el tumor se ulcera. Los gánglios abdominales participan de la degeneracion.

El tratamiento es evidentemente el mismo que en el caso precedente.

5.° *Tubérculos.*—No es una enfermedad rara el testículo tuberculoso, se le encuentra algunas veces en los niños, pero pertenece sobre todo á la edad adulta.

El tubérculo del testículo, muy rara vez limitado á este órgano, empieza insidiosamente, y se manifiesta en general, en el *epididimo*, al contrario de las alteraciones de que ya hemos tratado. Se hace doloroso un punto del órgano, se *entumece* poniéndose endurecido; mas tarde el órgano está todo él *expontaneamente doloroso*, sin ser sensible á la presion, y forma un *tumor* de superficie *rugosa abollada*, con la cual la piel contrae *adherencias* en algunos puntos. A este nivel el tegumento no tarda en tomar un tinte lívido, se adelgaza y por fin se ulcera; estando libre la solucion de continuidad da paso á una materia blanda, caseosa. Despues el *orificio se hace fistuloso*, y se escapa por él incesantemente un *pus seroso* mezclado con *granulaciones tuberculosas*, y algunas veces con materia espermática. Estos orificios

(1) Véase Lebert, *Traité d'anat. pathol. gén. et spéciale*. Paris, 1857, t. I.

pueden ser múltiples y persistir mucho tiempo; otras veces se forman al contrario, no evacuándose materiales y dejando una depresion cicatricial para señalar su antiguo sitio. Pero entonces el testículo está en parte distribuido y atrofiado.

Por coincidencia se pueden comprobar los signos *de la tuberculosis de otros órganos*, y en particular de la *próstata* y de las *vesículas seminales*, como lo ha demostrado Ch. Dufour (1); de donde resultan los fenómenos de disuria de los cuales se puede suponer cuál es la causa conociendo la naturaleza de la degeneracion del testículo (Gosselin). Los gánglios linfáticos, la columna vertebral, los pulmones, manifiestan asímismo la degeneracion de la diátesis.

Los tubérculos afectan mas frecuentemente el epididimo que el testículo y mas la cabeza que la cola de este órgano, al contrario de la orquitis, en la cual la cola enferma primero. Segun Curling, la enfermedad se desarrolla primitivamente en el interior de los vasos seminíferos: «unos pequeños cuerpos grises algo amarillentos que se encuentran aislados en el testículo en el primer período de la enfermedad, están formados por el apelotonamiento de los tubos seminíferos llenos de un producto morboso, y algo de tejido fibroso, y de ramas vasculares alteradas.» El desarrollo del producto tuberculoso está aquí, como en otros órganos, precedido de congestion, pero no hay nada que se parezca á la exudacion de linfa plástica, pues la materia depositada se parece exactamente al tubérculo reconocido por tal en otros órganos. Para A. Villemin (1) el sitio de preferencia del verdadero tubérculo del testículo es el tejido conjuntivo y los tabiques interlobulares del testículo en el que se atan los conductillos y sobre todo el epididimo, y en fin, tambien se encuentran en la capa subyacente á la túnica albugínea; en los tabiques hay nudosidades bastante considerables, debidas á la aglomeracion de granulaciones múltiples, pero su presencia ocasiona al epiteliun de los conductitos alteraciones secundarias que son modificaciones de la nutricion de la especie de inflamacion; los productos inflamatorios y tuberculosos se confunden, y en su evolucion sucesiva llegan simultáneamente al grumo caseoso, el cual es por lo tanto de naturaleza compleja.

El tubérculo del testículo sufre tambien la degeneracion calcárea y cretácea como en los pulmones.

En fin, en las autopsias se encuentran pruebas de la generalizacion de la enfermedad, y en particular de la tísis pulmonar.

El *diagnóstico* de la orquitis tuberculosa no es difícil mientras el tumor no se haya ulcerado. Se puede confundir con la orquitis crónica, y con otras degeneraciones. La orquitis crónica es rara, empieza por la cola del epididimo, es menos indolente, y marcha mas rápida-

(1) Charles Dufour, *Etudes sur la tuberculisation des organes génito-urinaires*, Paris, 1854.

(2) A. Villemin, *Du tubercule*. Paris, 1862.

mente que el tubérculo del testículo: este diagnóstico es, sin embargo, difícil. En cuanto á las degeneraciones, ya hemos dado sus signos: los tumores que determinan son mas voluminosos, blandos, y mas dolorosos, y por último mas incómodos que el testículo tuberculoso.

El *tratamiento es general* ó *local*. El primero no es otra cosa que el conjunto de los medios ordinarios usados contra la tuberculosis, y cuyos detalles se han dado anteriormente. El tratamiento local contraindica casi siempre los antiflogísticos; se hacen aplicaciones resolutivas, y en particular la tintura de iodo y la pomada iodurada. Cuando el absceso se ha formado, se abre, poniendo despues cataplasmas emolientes. La permanencia de las fístulas, la desorganizacion del escroto indican algunas veces la castracion. Curling hace notar, supérfluamente sin duda, que está contraindicada la operacion cuando existe una afeccion pulmonar avanzada.

Se encontrará (tomo I) la historia del *sarcocele sifilítico*, que falta en las degeneraciones que hemos descrito. La neuralgia del testículo ha sido estudiada en dicho tomo I.

ARTÍCULO III.

PÉRDIDAS SEMINALES INVOLUNTARIAS, Ó ESPERMATORREA.

Cuando el profesor Lallemand emprendió sus investigaciones, la ciencia no poseia mas nociones respecto á este asunto que algunas palabras de Hipócrates (1) acerca de la *consuncion dorsal*; varias indicaciones mas ó menos estensas en algunos autores, una Memoria de Vichmann (2) dirigida en forma de carta á Hensler, algunos comentarios de su traductor Sainte-Marie (3) y descripciones cortas de algunos sifiliógrafos.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se da el nombre de *pérdidas seminales involuntarias* ó *espermatorrea* á la evacuacion de esperma que se verifica durante el sueño con y sin ereccion y placer (poluciones nocturnas) y en estado de vigilia, bien sea con cierto orgasmo y un principio de ereccion, pero sin ninguna de las maniobras ordinarias, bien de un modo hasta cierto punto mecánico durante los actos de orinar y defecar.

Vemos, pues, que no se hallan exactamente marcados los límites de la enfermedad, y que la voz espermatorrea no se aplica igualmente bien á los diversos casos que acabamos de mencionar. Así las poluciones nocturnas que se efectúan con ereccion y placer son muy

(1) Hippocrate, *Œuvres complètes*, trad. par Littré, t. VI: *Des maladies*.
(2) Wichmann, *De pollut. diurn. frequentiori, sed rarius observ., tabesc. causa* (Gœttingue, 1782), trad. avec des notes par Sainte-Marie (Lyon, 1817).
(3) Sainte Marie, Lyon, 1817.

compatibles con una completa salud cuando sobrevienen en un sugeto muy continente y no son frecuentes; es decir, que en estos casos no hay espermatorrea. Este nombre solo conviene perfectamente á los casos en que sale el esperma sin ereccion, sin placer y en el acto de orinar ó defecar. Sea como quiera, resulta de esta definicion que las pérdidas seminales involuntarias deben distinguirse en tres especies bien distintas. La primera consiste en las *poluciones nocturnas*, y corresponde por un punto á la salud perfecta, como acabamos de decirlo, y por otro á la enfermedad. En la segunda hallamos las *poluciones diurnas*, que sin estar sometidas á la voluntad, puesto que se verifican sin maniobras de ninguna especie, presentan sin embargo cierto orgasmo y una apariencia del acto de la generacion. La tercera especie es una *espermatorrea* propiamente dicha.

Además de los nombres de *pérdidas seminales involuntarias* y de *espermatorrea*, se han dado tambien á esta afeccion los de *poluciones* nocturnas ó diurnas, *blenorrea de la próstata* (Swediaur), *consuncion dorsal* (Hipócrates), *evacuacion de semen* y *flujo de semen*.

Resulta de las investigaciones del profesor Lallemand que esta enfermedad es bastante frecuente, puesto que la ha reconocido en un gran número de casos, en los que antes de este autor solo se veia una simple impotencia, una inflamacion crónica de la uretra y de la vejiga, ó bien una afeccion puramente nerviosa, la *hipocondría*.

Segun las observaciones de B. Phillips (1) todavía es mucho mas frecuente, puesto que este autor ha podido reunir seiscientos veintitres casos; pero conviene advertir que Phillips ha observado un gran número de hechos de simples poluciones nocturnas en personas jóvenes y continentes, poluciones que por lo comun no se repetian con mucha frecuencia, y que no pueden considerarse como una enfermedad. Esta aclaracion quita mucho valor á los resultados que ha deducido de sus hechos. Pero es prematuro ocuparnos aquí de esta cuestion, en la cual tendremos necesariamente que entrar en el párrafo del *Diagnóstico*.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes*.—Son muy oscuras.

Edad.—B. Phillips (2) ha observado que de los seiscientos veintitres sugetos cuya historia ha consultado, quinientos ochenta y uno eran menores de veinticinco años, en lo cual no hay nada que no sea muy natural, puesto que el autor ha tenido principalmente á la vista las poluciones nocturnas supletorias hasta cierto punto del cóito.

Entre las disposiciones congénitas hallamos en primera línea la *longitud del prepucio* y la *estrechez de su abertura*, y hé aquí lo que

(1) B. Phillips, *Lond. med. Gaz.*, 1848.
(2) B. Phillips, *Loc cit.*

segun Lallemand, sucede en tales casos. Esta longitud del prepucio con estrechez de su abertura producê una acumulacion de materia sebácea entre esta parte y el glande, que mantiene una irritaccion contínua, provoca los deseos venéreos y escita á la masturbacion seguida en una época mas ó menos distante de la espermatorrea. Veremos, pues, que la accion de esta causa es muy indirecta, y que necesita para obrar de la masturbacion, causa determinante que es provocada á su vez por la irritacion que produce la materia sebácea. El profesor Lallemand cita varios hechos (1) en los cuales se ha producido de este modo la enfermedad, y en los que tambien se obtuvo una curacion pronta despues de hecha la escision del prepucio.

Del mismo modo obran una *afeccion herpética* fija en el prepucio y una *inflamacion crónica* de esta misma parte. Tambien una afeccion herpética del ano y del escroto pueden producir los mismos deseos venéreos é iguales resultados irradiando su escitacion hácia las vexículas seminales.

Lallemand, y despues de él H. Kaula, han colocado casi en la misma línea que acabamos de mencionar á la *debilidad congénita de los órganos genitales*, á su *relajacion* y al *varicocele;* pero despues de haber examinado los hechos que refiere, queda la duda de si este estado de los órganos es causa ó efecto de la enfermedad. La misma reflexion es aplicable al *epispadias*, al *hipospadias* y á la *atrofia de un testículo.*

Lallemand considera á una disposicion primitiva de los conductos eyaculadores, ó *atonía congénita de estos conductos*, como una causa probable en casos en que no se hallan otras.

Tambien le ha parecido á Lallemand que la *anchura* axagerada *del conducto urinario* y la flacidez de los cuerpos cavernosos es el indicio de una disposicion congénita á las pérdidas seminales involuntarias; pero se contenta con hacer esta indicacion general. Este mismo autor ha llegado á señalar la *desproporcion del glande* con los cuerpos cavernosos, la *pequeñez de los testículos*, su *descenso tardío*, una *hernia congénita*, y otras muchas circunstancias de igual naturaleza, que creemos inútil mencionar aquí. En efecto, en general se puede decir que este autor ha colocado en este órden de causas todo estado anormal que anuncie la debilidad ó la falta de desarrollo. Pero bien podemos volver á repetir que nada prueba que deban considerarse estas circunstancias, á lo menos en todos los casos, como causas predisponentes y no como efectos.

Segun el autor citado, uno de los principales caractéres del *temperamento* de los sugetos que padecen pérdidas seminales involuntarias es una *susceptibilidad nerviosa* bastante manifiesta. En general estos enfermos eran de *constitucion delgada*, de temperamento mas ó menos pronunciado, habian sido delicados durante su niñez y pre-

(1) Lallemand, *Des pertes séminales*, t. II, obs. 91 et suiv.

sentado diversos síntomas expasmódicos. Algunos habian conservado contracciones involuntarias en los músculos de la cara y de los párpados, cierta dificultad de pronunciar y varios movimientos convulsivos; su imaginacion era ardiente y movible, y tenia una sensibilidad física y moral sumamente viva; les costaba trabajo estar quietos en un sitio, y no podian soportar ni la menor contrariedad ni un trabajo mental prolongado.

Lallemand refiere en seguida algunos hechos en favor de la influencia *hereditaria*. Estos hechos son poco numerosos, y aunque muy notables, puesto que en uno, entre otros, se trata de poluciones nocturnas y diurnas en tres hermanos, debemos desear se presenten otros nuevos, porque la cuestion de la herencia de las enfermedades es una de las que exigen para su resolucion mayor número de hecho. Lo mismo digo de la influencia de la *educacion*.

Trousseau (1) admite la predisposicion hereditaria, pero en un sentido mas lato; depende la espermatorrea, segun él, de un estado de enfermedad del encéfalo, y sobre todo de la médula espinal; no titubea en considerarla como trasmision morbosa á las enfermedades mentales, y á las diversas neurosis que pueden existir en el incremento de las enfermedades, y cuya influencia ya se ha podido notar en la primera edad, bajo la forma de *incontinencia de orina nocturna*.

Por último, conviene este autor en que hay cierto número de casos en que la afeccion se desarrolla *sin causa apreciable*.

2.° *Causas ocasionales*.—Entre las causas ocasionales hallamos en primera línea la *blenorragia* mas ó menos repetida, y Lallemand cita un gran número de observaciones en las cuales se han desarrollado los síntomas despues de contraer esta enfermedad, y sobre todo cuando ha sido mal curada. Ya debia esperarse este resultado, en atencion á que la inflamacion de la próstata y de los conductos eyaculadores es la condicion principal de la emision involuntaria del esperma en los hechos que refiere este autor, y que suele estar ligada á esta enfermedad la inflamacion crónica ó aguda del cuello de la vejiga. En el párrafo *Diagnóstico* veremos cómo se pueden interpretar estos hechos, á lo menos en un gran número de casos.

J. Rollet, de Lyon (2), está muy lejos de admitir el poder de la blenorragia como causa de las pérdidas seminales como quiere Lallemand; admite solamente que una irritacion establecida en el conducto excretor simula habitualmente la secrecion del glande, y cuando la inflamacion blenorrágica se propaga de la mucosa uretral á los órganos expermáticos, resultan alteraciones que son de tal naturaleza que provocan ó facilitan la emision involuntaria del experma.

Luego siguen las *afecciones cutáneas*, tales como la *sarna*, la *tiña* y diversos *herpes*, especialmente cuando residen cerca del ano,

(1) Trousseau, *Cliniq. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. II, p. 636.
(2) J. Rollet, *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1865, p. 369 et suiv.

como ya hemos dicho antes de ahora. Lallemand cita un corto número de observaciones para probar su influencia, número que tiene que parecer insuficiente á los que saben cuánto se necesita para poder consignar bien los hechos de este género.

Se han colocado tambien entre estas causas las diversas *afecciones del recto*, y entre ellas las *hemorroides*, los *obstáculos mecánicos á la defecacion*, las *lombrices intestinales* y el *estreñimiento*, cualquiera que sea su causa. Este último, con especialidad, ha llamado la atencion de todos los autores que se han ocupado del asunto que estamos tratando, en razon á que los esfuerzos considerables para mover el vientre y la presion que ejercen las materias fecales sobre la próstata y las vexículas seminales, producen casi constantemente en los enfermos la expulsion del líquido que se considera como experma. Entre las lombrices intestinales, los *oxiuros* son los que ocasionan mas particularmente la expermatorrea; pero, sin embargo, se puede desarrollar la enfermedad bajo la influencia de las ascárides lumbricoides, y el doctor Ossieur (1) ha citado un ejemplo notable de esto relativo tan solo á pérdidas seminales nocturnas; habiéndose prescrito un *tratamiento vermífugo* despues que el enfermo arrojó dos lombrices, salieron mas de veinte de estos entozoarios y se obtuvo la curacion completa. Son muy raros los casos de este género.

Se han indicado tambien generalmente á la *masturbacion* y á los *excesos venéreos* de todo género. Estas causas obran, sea provocando el eretismo nervioso de los órganos genitales, y en particular de las vexículas seminales, ó sea, por el contrario, poniéndoles en un estado de atonía que hace á los conductos eyaculadores incapaces de resistir á la débil contraccion de las vexículas y de retener el experma que las atraviesa (Trousseau). Tambien ha incluido Lallemand en en el número de las causas de esta enfermedad á una *continencia* excesiva, al *estar sentado* mucho tiempo, la *equitacion* y al *decúbito supino*, que en una época avanzada se continúa por la razon sola de que ya existe y por el poder del *hábito*.

Cree en seguida Lallemand que el *abuso de algunas sustancias usuales ó medicinales*, tales como los *astringentes*, los *tónicos*, los *purgantes*, las *cantáridas*, el *alcanfor*, el *nitrato de potasa*, el *cornezuelo de centeno*, el *café*, el *té* y el *tabaco de fumar*, ejercen cierta influencia en la produccion de las pérdidas seminales involuntarias.

Se reconoce aquí, como en otros puntos de etiología de que acabamos de trazar, la complacencia de Lallemand por una obra que le ha sido tan personal, pero en la que ciertamente ha pasado con frecuencia la verdad y colocado hipótesis en lugar de observacion razonada.

(1) Ossieur, *Annales de la Société d'émulation*, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, Octubre, 1849.

§ III.—Síntomas.

1.° *Síntomas locales.—Poluciones nocturnas con ó sin ereccion y placer.*—En un individuo jóven y continente las poluciones nocturnas, resultado por lo comun de sueños lascivos, son un signo de salud y de potencia y no de debilidad ni enfermedad, si solo se repiten á intervalos bastante largos, y si no dejan en pos de sí una sensacion excesiva de languidez ú otros síntomas nerviosos alarmantes; pero si se reproducen á menudo, por ejemplo, muchas veces por semana, y si el sugeto queda en un estado manifiesto de debilidad, si se halla menos apto para el trabajo, en una palabra, si se presenta en cierto grado los síntomas generales que describiremos mas adelante, entonces empieza la enfermedad; es decir, su primer grado.

En una época mas adelantada tienen los sugetos evacuaciones expermáticas *sin sueños lascivos*, no se *despiertan inmediatamente*, y cuando llegan á hacerlo se sienten quebrantados; la enfermedad ha llegado ya entonces á un grado bastante avanzado, y segun los autores que se han ocupado de este asunto, y en particular Lallemand, debe esperarse que pronto sobrevengan las *poluciones diurnas*, y por último, la *expermatorrea propiamente dicha*, si es que ya los enfermos no arrojan al orinar ó defecar una cierta cantidad de sémen sin que ellos lo perciban.

Cualquiera que sea el modo con que se verifiquen las poluciones nocturnas, la *materia de la evacuacion* se encuentra en sustancia, bien sea derramada por el cuerpo del enfermo, bien en sus ropas, de modo que la comprobacion del hecho no ofrece ninguna de las dificultades que hallaremos al tratar de la evacuacion de la experma con la orina. En los casos en que se efectúa la polucion con ereccion y orgasmo los enfermos despiertan por lo comun inmediatamente despues de la *eyaculacion* que siempre se observa en tales casos, y encuentran el experma líquido, con su color, su consistencia y su olor característicos. Examinado con el microscopio este líquido presenta un gran número de *animalillos* bien conformados y vivaces. (Fig. 130.) Los espermatozoarios forman á menudo copos blanquecinos con el moco de los tubos seminales. Estos copos están en suspension en la orina, pero pueden caer en el fondo y formar un depósito invisible á la simple vista, que presente en el microscopio la apariencia de la figura 131 (L. Beale).

Cuando la enfermedad llega al punto de que existiendo todavía la eyaculacion se verifique sin ereccion ni placer, entonces los enfermos no suelen despertar inmediatamente, á lo menos en el mayor número de casos, y luego que despiertan hallan en la raíz del miembro, en los muslos y en la camisa manchas que en los primeros puntos se presentan bajo la forma de costras muy delgadas y brillantes y que se asemejan, segun la comparacion de Lallemand, á los rastros

que d ja el caracol. La *materia de estas manchas* diluida en un poco de agua, todavía presenta animalillos vista con el microscopio; pero



Fig. 130.—Expermatozoarios. (Beale, pl. XVI.) Fig. 131.—Moldes de los tubos seminales, que contienen un gran número de expermatozoarios. (Beale, pl. XVI.)

segun que la enfermedad está mas ó menos adelantada, estos animalillos son mas ó menos vivaces, y en algunos casos en que llega á un extremo bastante avanzado de gravedad, ya no tienen completamente su figura natural, no presentan cola, son notablemente mas pequeños, en menor número, y nadan en un líquido mas acuoso y mas abundante que en el estado normal.

Poluciones diurnas con cierto grado de orgasmo.—Los enfermos presentan las poluciones diurnas de que vamos á ocuparnos, casi siempre, si no siempre, despues de haberlas tenido nocturnas por un espacio de tiempo mas ó menos largo. En el primer grado se verifican estas poluciones con *ereccion casi completa*, pero *por el mas ligero roce* y á veces *sin que este roce sea necesario*. Mas tarde, no tan solo la *ereccion es muy incompleta*, y hasta nula, segun algunos hechos, sino que tambien llega á ser inútil el contacto, y la frotacion del miembro con un cuerpo cualquiera, bastando para provocar la eyaculacion un simple deseo ó la vista de un objeto que despierte ideas lascivas, y hasta ha habido algunos enfermos en los cuales ha sido muy difícil hallar ni aun esta pequeña causa.

Cuando aun se efectúa cierto grado de ereccion, hay *eyaculacion*, pero débil, y por lo general sale el experma babeando del meato urinario; si no sobreviene ereccion, todo induce á creer que solo hay, por decirlo así, un flujo de sémen.

Los caractéres que presenta la *materia de la emision* son los mismos que acabo de indicar al hablar de las poluciones nocturnas.

Flujo de experma durante la defecacion ó el acto de orinar, ó expermatorrea propiamente dicha.—Por lo comun han durado los fenómenos que preceden un espacio de tiempo bastante largo, cuando aparece esta forma de las pérdidas seminales involuntarias; entonces, bien sea que estos síntomas hayan cesado completamente, ó que todavía persistan en cierto grado, los enfermos empiezan á arrojar

sin placer, y por lo comun sin ninguna sensacion particular, con mas ó menos frecuencia, al *mover el vientre*, ó tan solo *al orinar*, que es el caso mas grave, cierta cantidad de una *materia* que se halla descrita en las observaciones del modo siguiente:

Su *cantidad* es muy variable, y en general, segun Lallemand, va siendo cada vez menor, segun que las emisiones son mas frecuentes, y por consiguiente la enfermedad hace mayores progresos. No varía menos su *aspecto*; semejante unas veces á un cocimiento espeso de cebada, otras á una masa grumosa semitrasparente, ó á copos viscosos, se presenta algunas veces como un *depósito* cenagoso y fétido, ó hasta puriforme. En cuanto al *olor*, no hallamos en las observaciones que sea ese olor *sui generis* tan notable en el experma normal, sino que es, como acabamos de decirlo, una fetidez que se desarrolla mas ó menos pronto ó un olor de carne podrida.

En los casos menos graves de esta especie arrojan los enfermos, al concluir el acto de la defecacion, la materia cuyas propiedades físicas acabamos de indicar; y en los mas graves la expelen lo mismo cuando solo orinan que cuando mueven tambien el vientre, siendo expecialmente con las últimas gotas de orina cuando sale el líquido particular de que nos estamos ocupando, aunque, sin embargo, el microscopio ha demostrado que á veces sale con los primeros chorros de orina. No sucede esto constantemente y siempre que los enfermos orinan y mueven el vientre, sino solo á *intervalos mas ó menos cortos, segun la mayor ó menor gravedad de los casos*, y estas emisiones coinciden principalmente con el estreñimiento, con una irritacion exasperada del ano y del recto, con una congestion hemorroidal, etc.

En este caso es bastante raro que se puedan encontrar vestigios de los caractéres del experma, su consistencia, olor, en la materia arrojada; la manera de emitirla no tiene semejanza con el fenómeno de la eyaculacion. Lo que lo prueba es que un gran número de enfermos no se dan razon de lo que les pasa.

Orinas.—La *orina* presenta tambien, á causa de la existencia del experma, algunos caractéres que importa mucho dar á conocer. «Las últimas gotas, dice Lallemand, son espesas, pegajosas viscosas, y se detienen á veces en la abertura del glande como *grumos de cuajada*, de una consistencia que puede igualar á la del almidon; solo estas son las que dejan en la camisa manchas semejantes á las del engrudo. Los enfermos conocen fácilmente por sí mismos en la consistencia particular de estas últimas gotas y en su untuosidad entre los dedos, que acaban de tener una polucion diurna.

»En los casos recientes, añade este autor, se ven rodar por el fondo de la vasija unas granulaciones pequeñas de volúmen variable, semitrasparentes, irregularmente esféricas y bastante parecidas á granos de sémola. No es posible confundir estas granulaciones con ninguna sal urinaria, porque aparecen antes del enfriamiento, son blandas y nunca se pegan á las paredes de la vasija.

«Además los enfermos tienen conciencia del paso de este esperma, todavía consistente por un *rozamiento particular* que depende de la densidad inusitada de la orina. Asímismo distinguen tambien las contracciones de las vexículas seminales que producen tan á menudo estas poluciones diurnas, y así es que apenas se engañan ni aun por la noche. Bueno es notar que las orinas purulentas ó moco-pus, debidas á la cistitis ó á la próstata pueden determinar una sensacion parecida.

»Conviene igualmente advertir que casi siempre es *despues de una excitacion venérea* cuando tienen dichas poluciones, y así sobrevienen, por ejemplo, despues de un sueño erótico, de haber estado cerca de una mujer, de una lectura lasciva, ó la vista de imágenes ó escenas lúbricas (1), ó bien á *consecuencia de una escitacion mecánica de los órganos genitales*, y por lo comun hasta los tejidos eréctiles se hallan tambien en una especie de turgescencia cuando aparecen las ganas de orinar. La relacion de todas estas circunstancias indica bastante que estas poluciones son *las menos pasivas* de las que se verifican durante la emision de la orina, y así es que son las menos graves y las mas raras.

»Otros enfermos sienten fonómenos muy diferentes; su miembro viril se encoge y se retira hácia los púbis á consecuencia de un *dolor que se extiende desde el cuello de la vejiga hasta el glande*. La llegada de la orina á un punto muy irritado del conducto, es lo que provoca estas contracciones espasmódicas, las cuales no tardan en propagarse á los esfínteres y á las vexículas seminales.

»A veces anuncian otras sensaciones la llegada de una polucion inevitable: en unos casos es un *latido*, un *dolor en el perineo ó en la márgen del ano*; en otros un *escalofrío*, un *malestar general*, una *punzada en los pezones de los pechos*, etc., y los enfermos que están habituados á estas coincidencias particulares, saben perfectamente que hallarán en el fondo de su orina un depósito en forma de copos que contiene las granulaciones que dejo descritas, y es tan íntima su conviccion respecto á este punto, que inmediatamente sienten una especie de sudor frio acompañado por lo comun de una sensacion de desfallecimiento.

»Cuando la enfermedad ha hecho progresos, *aprecian los enfermos el paso del esperma*, y *no deposita ya la orina granulaciones bastante voluminosas para que puedan reunirse en el fondo de la vasija*; pero sí contiene una *nubecilla espesa*, homogénea, blanquecina y *sembrada de puntitos brillantes*, que ocupa las capas inferiores, y que se ha comparado con razon al depósito que se forma en un cocimiento de cebada ó de arroz un poco concentrado....

»Creo que las *granulaciones brillantes* de que acabo de hablar no deben dejar la menor incertidumbre respecto á la naturaleza de la nubecilla en que se observan....

(1) Voy. Deslandes, *De l'onanisme et des autres abus vénériens*. Paris, 1835, in-8.

»Para poder apreciar bien, añade el profesor Lallemand (1), todos los caractéres que dejo indicados, conviene tomar algunas precauciones.

»Se debe recoger cada emision en una vasija separada, porque no siempre presenta igual aspecto la orina evacuada en las diferentes épocas del dia. Por lo comun la mas cargada es la que sale por la mañana, sobre todo cuando el enfermo ha pasado mala noche, y otras vesces lo es la que sucede á escitaciones físicas y morales de los órganos genitales, á un *enfriamento repentino*, una *digestion laboriosa* ó una emocion fuerte de cualquiera naturaleza que sea. Sucede muchas veces que la orina sale perfectamente trasparente durante un dià entero y aun por muchos dias, y entonces experimentan los enfermos una mejoría notable en sus funciones...

»Ya se comprende que las vasijas deben ser bien trasparentes para permitir todas estas observaciones, y las mas cómodas son los frascos de que se hace uso para conservar almíbares, porque su fondo es plano y delgado, y por lo tanto permite observar el líquido en todos los sentidos; pero las copas que se usan para beber vino de Champaña obligan al depósito á reunirse en un espacio mas estrecho, lo cual es ventajoso cuando se quiere recoger la orina para sostenerla á investigaciones microscópicas.»

Vienen en seguida á completar la esploracion estas *investigaciones microscópicas*, y aun cuando ya hemos entrado en grandes detalles acerca de este estado de la orina, nos parece que no debemos omitir ningun pormenor de este exámen delicado é importante. La enfermedad que nos ocupa hace poco que es conocida, y puede, cualquiera que sea su naturaleza, presentarse todos los dias al práctico, y esto basta para comprender cuán necesario es hallarse bien al corriente de la cuestion, porque de nada menos se trata para el enfermo que de la pérdida completa de su salud durante muchos años, y hasta de la muerte misma, y para el práctico de una equivocacion terrible, ó por el contrario, de la curacion completa de un padecimiento que parecia irremediable.

Despues de haber indicado el procedimiento del doctor Devergie, que consiste en echar el depósito en un tubo de vidrio afilado por medio de la lámpara, y en cortar para el experimento la extremidad de la punta á fin de que solo caigan algunas gotas de orina en el porta-objetos; despues de hacer mencion de los que consisten en coger al depósito con una pipeta, filtrar el líquido y examinar los animalillos que quedan en el filtro, y despues de haber dado á conocer la dificultad de estos procedimientos, propone Lallemand el siguiente, que siempre le ha producido buenos resultados.

Este autor encarga al enfermo que recoja en un pedacito de vidrio una gota de materia esprimida del conducto de la uretra despues

(1) Lallemand, *De las pérdidas seminales involuntarias*, t. II.

de la emision de la orina, cosa que en cualquiera parte puede hacerse, y que deje secar esta materia, para lo que bastan dos ó tres minutos. «Hecho lo cual, añade Lallemand, puede trasportarse este cristal adonde se quiera, y enviarle á todas las distancias con tal que se le preserve del polvo y de los rozamientos, y ya no tiene mas que hacer el observador que verter una gota de agua sobre la mancha que dejó la evaporacion para volver á dar á la materia su fluidez primitiva y todos los caractéres que tenia antes de secarse, aun cuando hayan pasado muchos años.» En seguida basta colocar el vidrio sobre el porta-objetos para poder proceder inmediatamente al exámen microscópico.

Por medio de estas investigaciones es como ha comprobado Lallemand la rareza cada vez mayor de los animalillos en los sugetos que padecen pérdidas seminales, y como ha observado la disminucion de su volúmen y su estado esférico en los casos mas graves.

Este último signo es una de las numerosas ilusiones de Lallemand: Mandl (1) hace notar que todos los enfermos citados por este observador tenian orquitis. Se sabe hoy dia, por las investigaciones de Gosselin, cuáles son las consecuencias de esta enfermedad sobre la permeabilidad de los conductos de evacuacion del esperma. Se segrega el líquido, pero se detiene en el epididimo. Los glóbulos señalados per Lallemand no son por lo tanto sino *espermatozoarios atrofiados*, pero estos elementos propios del *líquido segregado*, sea por las vexículas, sea por la próstata, y producido por un cóito ó por una polucion, pueden presentar perfectamente el olor y el color del esperma, aunque en general es menos espeso.

Está hoy fuera de duda que la mayor parte del líquido, en el esperma normal, está suministrado por las vexículas seminales.

En la espermatorrea patológica, segun Mandl, los animalillos se atrofian, no teniendo nada mas que de 3 á 4 milésimas de milímetro de largo en lugar de 5 á 6 que tienen en el estado normal; la cabeza es menos ancha; los brumos blancos faltan en la orina trasparente, expulsada despues de la defecacion.

Hay una *complicacion* muy frecuente que indica con cuidado el mismo Lallemand, y es la cistitis tanto aguda como crónica; además la próstata, los conductos eyaculadores y hasta las vexículas seminales presentan con mucha frecuencia un grado avanzado de inflamacion, como nos lo demostrará la descripcion de las lexiones anatómicas. De aquí resulta que las nubecillas y los depósitos que contiene el líquido urinario no están solo formados de esperma mas ó menos alterado, sino que tambien se encuentran en ellos *moco*, *moco-pus* y hasta *pus* en sustancia procedente de la próstata. Los caractéres que acabamos de indicar y los que hemos expuesto en los artículos *Cis-*

(1) Mandl, *Des névroses génito-spinales liées à la spermatorrhée (Bull. de la Soc. méd. d'émulation*, 7 Noviembre 1863).

titis aguda y crónica, sirven para distinguir estos diversos productos, y seria inútil volver á repetirlos aquí.

Resulta tambien de estas alteraciones orgánicas que los enfermos sienten con frecuencia *incomodidad*, *peso* y hasta *dolor* al hipogástrio, al perineo y á la region anal, expecialmente cuando andan á pié ó á caballo, y algunos soportan difícilmente el estar sentados, sobre todo en carruaje, posicion que tiene además la desventaja de provocar las emisiones espermáticas.

Por último, cuando la enfermedad ha llegado á una época adelantada, se observa que el estado de flacidez y blandura de los órganos genitales, que mas arriba hemos indicado como una disposicion congénita á la espermatorrea, llega á un grado mucho mas avanzado, y que estos órganos han perdido toda su energía.

2.° *Síntomas generales.*—Entre los síntomas generales coloca Lallemand en primera linea la *infecundidad*, consecuencia necesaria de la impotencia que sobreviene al cabo de un tiempo mas ó menos largo, pero que puede existir tambien sin impotencia propiamente dicha.

Este síntoma pudiera colocarse lo mismo entre los locales, porque en muchos casos no es mas, como lo vamos á ver, que la expresion de un estado puramente local.

La infecundidad resulta primero de que la *eyaculacion es demasiado débil ó demasiado precipitada*. En el primer caso, el licor seminal no es lanzado á bastante distancia, y en el segundo lo es antes de que haya habido introduccion completa del miembro, y ni en uno ni en otro caso hay, segun Lallemand, excitacion suficiente del útero.

Otra causa de infecundidad es la alteracion del licor espermático, que ya hemos dado á conocer antes de ahora. Mientras que los animalillos están todavía bien conformados, esta causa no tiene gran influencia, aun cuando su número se halle considerablemente disminuido; pero cuando se hallan reducidos al estado de cuerpos esferoidales ó de granulaciones, la fecundacion no puede efectuarse, lo que se prueba porque han vuelto estos sugetos á un estado de salud muy satisfactorio y á ser *potentes*, y sin embargo permanecen infecundos porque los animalillos no han recobrado su configuracion normal, lo cual atribuye Lallemand á un resto de inflamacion de las glándulas y de los conductos espermáticos, ó á las alteraciones que son la consecuencia natural de este estado morboso.

Es de temer que la verdadera razon de la conservacion de la *potencia* con la *persistencia de la infecundidad*, no sea la vuelta á la permeabilidad de parte de los conductillos, lo que es muy difícil en los enfermos que han sido afectos de orquitis doble: las observaciones han demostrado, en efecto, que dichos enfermos tienen erecciones vigorosas y eyaculaciones abundantes, pudiendo estar algunos años sin que su esperma tenga espermatozoarios.

La *impotencia* es un síntoma muy frecuente, y que por lo comun no aguarda para presentarse á que la enfermedad llegue á su mas alto grado, y hasta hay muchos enfermos que no empiezan ni á alarmarse por su suerte, ni á notar el estado de debilidad y demacracion en que se hallan, ni los fenómenos que se efectúan en sus órganos genitales, y finalmente, que solo consultan al médico cuando tentativas mas ó menos frecuentes les han convencido de su impotencia. Al principio esta impotencia puede aparecer solo de tarde en tarde y en ciertas circunstancias, y entonces se observan ya las erecciones incompletas y la eyaculacion precipitada; pero mas tarde la la impotencia es completa y permanente, y llegar á ser una de las causas principales de esa hipocondría, en que veremos que se hallan sumidos la mayor parte de los enfermos.

En los *órganos de la digestion* se observan los síntomas siguientes, que ha expuesto el profesor Lallemand, sin que por desgracia nos haya dado un análisis exacto de los hechos, sino que se ha contentado con sus impresiones generales. En los primeros tiempos se conserva el apetito y hasta está aumentado. «La sensacion de hambre, dice Lallemand, no es la del hambre ordinaria, sino una especie de *roedura*, de calor fijo en el hipogástrio; es un malestar, una angustia que llega casi hasta el desfallecimiento. La ingestion de una corta cantidad de alimentos hace cesar esta sensacion penosa, y poco despues sobreviene el disgusto; pero los enfermos se esfuerzan en comer por *conviccion*, como ellos dicen, ó bien multiplican las comidas á medida que se aproximan estas tracciones del estómago. De un modo ó de otro toman mas alimentos en las veinticuatro horas de los que puede digerir su estómago sin fatigarse.» Entonces echan mano de sustancias muy cargadas de especias, como estimulantes del apetito, y el resultado es irritar el estómago, hacer mas penosas las digestiones, y hasta provocar nuevas pérdidas seminales.

«Acompañan á estas digestiones laboriosas, dice Lallemand, fenómenos muy variados, y que importa mucho estudiar. Pronto aparece en el hipogástrio cierto *peso*, que se propaga á las partes inmediatas, y produce un *malestar* y una inquietud, que obliga á los enfermos á cambiar de sitio, á moverse. El *pulso se acelera*, y hasta llega á hacerse tumultuoso; la *cara se inyecta* y se colora rápidamente; hay cierta vaguedad, cierto trastorno en las ideas, desvanecimiento, zumbidos de oidos, *vértigos*, y por último, *síntomas de congestion*, que pueden graduarse hasta el punto de hacer temer una hemorragia cerebral.

»A esta excitacion sucede una especie de *pesadez*, que va aumentando, segun que la digestion estomacal va siendo mas molesta, y esto ocasiona una tendencia á la inaccion y á la *modorra*. Por otra parte hay *eructos* ácidos ó nidorosos, un *calor acre y mordicante* hácia la terminacion del esófago, una especie de *pirosis*, etc., que indican bastante cuán viciosa es la elaboracion de los alimentos.

A. Dicenta (1) ha demostrado que los trastornos digestivos se presentan en la proporcion de cien veces en 500 casos observados.

En los *intestinos* se observan *dolores cólicos* secos, punzadas interiores y un desarrollo considerable de gases con sensacion de distension fija, principalmente en los hipocondrios, y *ventosidades*, cuyos síntomas, unidos á los que residen en el estómago, constituyen por momentos especies de crísis ó ataques dolorosos, que los enfermos temen mucho.

Uno de los síntomas mas constantes de la enfermedad es el *estreñimiento*. Esta acumulacion de las heces en los intestinos gruesos influye sobre las pérdidas seminales mismas, y agrava la enfermedad; sin embargo, se observan á intervalos mas ó menos distantes dolores cólicos, retortijones y deposiciones líquidas y de mal olor, *diarrea* momentánea, que se reproduce á cada exceso en el régimen. En algunos sugetos llega á hacerse rebelde esta diarrea, aun sin complicacion, cuando continúan tomando alimentos en cantidad excesiva.

Vemos, pues, que estos trastornos digestivos, cuya descripcion no hemos querido abreviar, porque todo es de importancia en una afeccion de este género, bien pudieran designarse con el nombre de *gastroenteralgia*, que son una consecuencia de la debilidad extrema del organismo, y que nada hay en su existencia que deba sorprendernos.

Las *vias respiratorias* presentan tambien algunos síntomas bastante importantes, y que dependen, como los anteriores, de la debilidad general: tales son la *sufocacion*, cierto grado de *opresion*, á veces inspiraciones irregulares, suspiros frecuentes, en una palabra, signos que indican que se efectúa con trabajo el acto de la respiracion. Por lo comun hay una *tosecilla* seca, nerviosa y *dolores* vivos en la region cardíaca y en otros puntos del pecho, dolores que es muy probable ocupen los nervios intercostales. Segun Lallemand, no es raro observar una disposicion ordinaria á contraer catarros pulmonares, constipados y ronqueras.

Repecto á la *tísis pulmonar*, este autor no ha hallado relacion evidente entre su aparicion y la enfermedad que nos ocupa, y los principios de etiología que sienta acerca de este punto son excelentes, pero se siguen poco por desgracia. La *voz* se halla tanto mas débil, sorda y apagada en los individuos que padecen espermatorrea, cuanto mayores progresos ha hecho esta enfermedad; pero su alteracion depende únicamente de la debilidad general.

El *aparato circulatorio* participa de este estado de atonía general, y de aquí resultan *palpitaciones* nerviosas, por lo comun muy fuertes y provocadas por la menor emocion. Lallemand no ha observado nunca que estas palpitaciones fuesen dependientes de una afec-

(1) A. Dicenta, *Etudes et experiences sur les pertes séminales (Deutsche Klinik,* 1862, núm. 45.

cion órganica del corazon. Repiten á intervalos muy variables, y los latidos son precipitados, irregulares y desordenados, pero nunca tienen mas fuerza ni mas estension que lo ordinario (1). Cuando las palpitaciones han llegado á adquirir su mayor grado de frecuencia van acompañadas á veces de un *ligero ruido de fuelle*, dependiente sin duda de cierto grado de *anemia*. El *pulso*, habitualmente pequeño, débil y un poco acelerado, participa necesariamente de esta variedad de los latidos del corazon; pero es poco exacto decir que existe una *fiebre* lenta, porque Lallemand ha demostrado completamente que en ninguna época de la enfermedad se declara movimiento febril, á no ser que haya alguna complicacion.

Los síntomas generales mas importantes y los que expecialmente deben llamar la atencion del médico, son sin disputa los que resultan de los *trastornos de la inervacion*.

Ya hemos dicho que en el momento de la emision del esperma, sobre todo en los casos en que se verifican estas pérdidas fuera de los actos de orinar y defecar, los enfermos experimentan un trastorno expecial, una conmocion general, en una palabra, un verdadero orgasmo, pero que este orgasmo va seguido de una postracion mas profunda que en las emisiones involuntarias, de una sensacion de vacío en la cabeza, de una gran tristeza, etc. Cuando la enfermedad lleva ya cierto tiempo de duracion, y expecialmente cuando hay pérdidas durante las escreciones urinaria y fecal, el enfermo experimenta una debilidad general, y sus fuerzas musculares quedan abatidas y á veces casi abolidas. Muy comunmente la *sensibilidad* es obtusa en ciertos puntos limitados, por ejemplo, en las manos, en un lado del pecho ó del abdómen, y esta disminucion de sensibilidad tiene por carácter el cambiar fácilmente y con frecuencia de lugar. Algunos enfermos experimentan *sensaciones particulares*, unos como de calor local y hasta de quemadura, otros de una corriente de aire frio de una corriente de agua, de fluido eléctrico en ciertas partes, ó tambien una sensacion de frio general mas manifiesta en las extremidades, de contusion, de compresion, de entorpecimiento, de hormigueo, etc., hácia el dorso y los lomos.

Segun las observaciones de Lallemand, y el exámen de los hechos lo prueba completamente, estos *desórdenes* nerviosos tan variados no pueden atribuirse á ninguna alteracion anatómica de la medula espinal, y los autores que como Deslandes han querido hallar la causa orgánica de la afeccion que nos ocupa en un padecimiento agudo ó crónico de la medula, han sido engañados por simples coincidencias.

Dicenta achaca las sensaciones percibidas en el periné á un estado morboso de la porcion próstatica de la uretra ó de las vexículas seminales, y las del ano al aparato genital. La tendencia del trabajo

(1) Lallemand, *lug. cit.*

citado de Mandl, es el referir á una lesion espinal ciertas espermatorreas y las neuroses que les acompañan. Budge ha demostrado que existe en la medula espinal un centro génito-espinal situado en el conejo, á la altura de la cuarta vértebra lumbar. Los experimentos han probado que por la excitacion del cuarto nervio lumbar, y los del centro génito-espinal se producen contracciones de la vejiga, del recto, ó de los conductos deferentes. Se está, pues, autorizado para referir los accidentes nerviosos que tienen lugar en estos órganos á la afeccion del sistema nervioso que les ocasiona. Mandl no dice en qué consiste la lesion espinal; ¿es esto puramente dinámico? Los resultados de las autopsias indicadas por R. Leroy, d'Étiolles (1), lo harian creer: en el accidente grave que constituye la paraplegia, seguido de enfermedades urinarias, se ha encontrado la medula perfectamente sana, á lo mas una ligera vascularizacion.

Ahora que acabamos de pronunciar la palabra *paraplegia*, creemos que es la ocasion de detenerse un momento en este síntoma, que es consecutivo á ciertos casos de pérdidas seminales, como refiere Raoul, Leroy (d'Étiolles) en sus observaciones, y que refiere legítimamente á la espermatorrea, mientras que este accidente se produzca constantemente despues de un estado morboso orgánico ó dinámico de las vias génitourinarias, á saber, de la uretra, próstata, vejiga, riñones y las vexículas seminales. La parálisis sobreviene bruscamente ó progresivamente, empezando por el adormecimiento y la debilidad; se manifiesta la parálisis sobre la *movilidad* y *sensibilidad* de los miembros inferiores, y generalmente antes sobre el movimiento cuando la parálisis no es completa, lo que es bastante raro. Algunas veces no avanza mas allá de la *debilidad*. Hay mas á menudo retencion de orina y de materias fecales, que incontinencia, cuando la enfermedad sucede á la nefritis aguda. Las vísceras apenas son afectas cuando la parálisis sobreviene á continuacion de una nefritis crónica. En el primer caso hay una extrema sensibilidad á la presion de la region lumbar, que no existe en el segundo. La nutricion de los miembros paralizados continúa haciéndose casi completamente como en el estado normal. La parálisis se determina fisiológicamente por la trasmision de la inflamacion ó de la irritacion del punto primitivamente enfermo, próstata, uretra, etc., al riñon, de donde la irradiacion morbosa pasa á la medula por un mecanismo que no se puede explicar. No se encuentran lesiones espinales en las autopsias que se pueden hacer en estas circunstancias, á menos que la mielitis no sobrevenga, como sucede algunas veces, ocasionada por las pérdidas seminales, por el quebrantamiento del sistema nervioso causado por la excitacion excesiva de los órganos sexuales.

Algunos enfermos han presentado ciertas depravaciones del *gusto*, y otros se quejan de tener á veces la *boca* pastosa, amarga, etc.;

(1) Raoul Leroy (d'Étiolles), *Des paralysies des memb. inf., ou paraplégies.* Paris, 1856, 1.ª partie, p. 131.

pero estos síntomas poco importantes y ligados á la gastroenteralgia, hasta pueden considerarse á veces como una simple ilusion, ó á lo menos como una expresion exagerada de las sensaciones insignificantes que perciben los sugetos que caen en la hipocondría. Algunos se quejan de pérdida ó á lo menos de disminucion del *olfato*, pero, sin embargo, algunas sustancias, y en particular el tabaco, tienen con bastante frecuencia la propiedad de afectar el olfato y el gusto de un modo penoso, al mismo tiempo que producen efectos generales: así es que comunmente ocasiona con mucha mas frecuencia en estos enfermos que en ningun otro los signos de intoxicacion que le son propios.

La *audicion* y la *vision* concluyen por participar de la debilidad general, y además la primera se entorpece á causa de ciertos ruidos particulares que se sienten en los oidos (zumbidos, silbidos, retintin), y la segunda por desvanecimientos, contracciones involuntarias de los músculos de los ojos, etc.

La existencia de la *amaurosis* es un hecho raro, y segun las observaciones, uno de los ojos suele estar afectado antes de que el otro experimente ninguna alteracion.

La *cefalgia* es un síntoma frecuente, pero es raro que sea contínua, y solo puede decirse que es muy seguida cuando los enfermos tienen pérdidas abundantes. Este síntoma es ocasionado principalmente por el insomnio, las digestiones laboriosas y una ocupacion mental prolongados.

El *sueño* es ligero, poco reparador, y cuando la afeccion ha hecho grandes progresos los enfermos se levantan mas cansados que cuando se han acostado, expecialmente si han tenido evacuaciones seminales. En los primeros tiempos de la enfermedad tienen sueños eróticos, durante los cuales se verifican estas evacuaciones; pero mas tarde estos ensueños son de cosas tristes, verdaderas pesadillas, hasta que por último en el período mas avanzado puede haber un insomnio completo. «Entonces, dice Lallemand, estos desgraciados pasean con mucha frecuencia toda la noche agitados sin poder hallar una postura en la que estén menos mal, descubriéndose y volviendo á cubrirse, levantándose y volviendo á acostarse; unas veces se pasean apresurados ó se revuelcan en la cama como furiosos, como locos, y otras caen en el abatimiento sombrío de la desesperacion; tienen por momentos todo el cuerpo ardiendo y la cabeza como de fuego, y sienten latir sus arterias, arrimándolas á las almohadas, y á poco se notan helados y cubiertos de un sudor frio.

Estas *angustias* y esta *agitacion* extrema duran hasta el dia, y entonces algunos caen en un sueño pesado y penoso.

Por el contrario, durante el dia los enfermos están sumidos en un *entorpecimiento* molesto, del que tratan de librarse por todos los medios.

Todos los autores que se han ocupado de este asunto han notado

un conjunto de síntomas que se reproduce á intervalos variables, y que apenas puede atribuirse mas que á *congestiones* hácia la cabeza, congestiones que á veces son bastante fuertes para hacer temer un ataque de *aplopejía*. Estos síntomas consisten en la inyeccion de la cara, la aceleracion del pulso, su precipitacion y su irregularidad, aun cuando la arteria presenta una falta de resistencia notable, en cefalalgia, dificultad de pronunciar, tartamudez momentánea, desvanecimientos, debilidad de las piernas y caidas. Estas congestiones van sin cesar haciéndose mas próximas y alarman mucho á los enfermos.

No tarda en alterarse el *carácter* profundamente, y los sugetos se hacen débiles, pusilánimes, no tienen ninguna decision ni voluntad. Estos enfermos se hacen frios, indiferentes, egoistas, y se ocupan tan solo de sus padecimientos, como lo hacen todos los hipocondriacos; además son irritables, irascibles, están tristes, se desalientan, hacen sufrir á cuantos los rodean, y sin embargo dicen que están perseguidos.

El *disgusto de la vida* y las *ideas de suicidio*, de que ya hemos hablado, vienen á completar este cuadro de la hipocondría propia de los sugetos que padecen pérdidas seminales.

Este estado no es contínuo en los primeros tiempos de la enfermedad, sino que á veces se ve salir á los sugetos de su entorpecimiento y su tristeza, y entonces suelen ser notables por su alegría excesiva, por su confianza y por su espansion. Estos cambios son casi siempre resultado de un alivio pasajero del estado local y no duran mas que este alivio. En una época avanzada de la enfermedad ya no se observan tales variaciones.

La *memoria* se va perdiendo poco á poco, y la lengua suele entorpecerse hácia el fin de la enfermedad. Finalmente, aparece una *debilidad de las facultades intelectuales*, que llegan á quedar casi completamente obtusas, siendo tanto mas notable este síntoma, cuanto que por lo comun el sugeto que le presenta habia gozado hasta que empezó la enfermedad de una gran inteligencia y de una imaginacion sumamente viva.

La alteracion de las facultades intelectuales puede llegar hasta la *locura*, hecho que hemos tenido ocasion de comprobar repetidas veces en la *casa de curacion* de Gros-Caillou, y de que podrán convencerse cuantos se ocupan de las enfermedades de los enajenados, si quieren hacer como se debe las investigaciones necesarias. Este es además un asunto de mucha importancia bajo el punto de vista del tratamiento, y que recordaremos en el artículo *Locura*, tomo I.

Segun que se suceden los anteriores síntomas, así se manifiesta una *estenuacion* general. El cuerpo se va demacrando de cada vez mas, hasta que se observa un verdadero *marasmo*; pero esto no sucede hasta despues de mucho tiempo, cuando no se ha hecho nada para detener el curso de la enfermedad, y cuando esta camina á una ter-

minacion fatal. La *cara* se pone pálida, los *ojos* hundidos, lánguidos y empañados, se afilan las facciones, se cae el pelo, y en una palabra, aparecen los síntomas de languidez en la nutricion, y de que esta es absolutamente incapaz de reparar las pérdidas frecuentes de licor seminal.

Los síntomas enumerados son los de las *neuroses* y nadie desconoce la multiplicidad y variedad de sus expresiones. En cada caso particular no se presentan sino un cierto número de síntomas, sin ofrecer jamás el conjunto de los que acaban de ser enunciados. Si bien se ha podido decir que Lallemand ha hecho la historia de las *pérdidas seminales*, no puede ningun médico dudar de la realidad de la enfermedad hoy dia; pero hay que tener presente que la multitud de sus síntomas jamás está reunida, pues sino cada caso particular seria mas complejo que una nomenclatura nosológica.

Segun B. Phillipis (1), solo se presentan estos síntomas en los sugetos que sostienen su espermatorrea por medio de la masturbacion.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

Habiendo descrito los síntomas en el órden con que se presentan, poco tendremos que añadir respecto al *curso* de la enfermedad. Hemos visto que ofrece naturalmente una gran irregularidad en su principio, y que así unas veces aparecen los síntomas muy intensos y otras remiten notablemente, segun circunstancias muy diversas, y que mas tarde estas remisiones van siendo de cada vez mas raras, hasta que al fin ya no se verifican y la afeccion hace progresos contínuos.

La *duracion* de la enfermedad es siempre muy larga, y por lo comun de un gran número de años, y la de los diversos períodos varía segun los sugetos, y sobre todo segun la frecuencia de las pérdidas seminales. Así hay individuos en quienes á las poluciones nocturnas suceden pronto las diurnas con orgasmo, seguidas luego á su vez de pérdidas durante la emision de la orina y la defecacion, al paso que en otros solo se observan por mucho tiempo poluciones nocturnas, y en algunos no sucede á las diurnas con orgasmo el flujo de esperma en el acto de orinar, ó solo lo hacen en una época muy distante.

La enfermedad no tiene la menor propension á terminar expontáneamente por la curacion. Lallemand ha observado sugetos que llevaban hasta cincuenta y sesenta años con este padecimiento. Pasada esta edad, y disminuyendo entonces notablemente la secrecion del esperma, ¿habrá motivos para esperar una *terminacion* favorable? Es lícito creerlo así, pero no está probado, y si sucede no es en todos los casos, pues Lallemand ha sido consultado por un anciano á quien las poluciones nocturnas habian puesto en el estado mas alarmante.

(1) Philips, *London med. Gazette*, 1848.

Por el contrario, es bien raro, aun suponiendo que alguna vez haya sucedido, que pueda atribuirse la muerte únicamente á las pérdidas seminales, sino que suele sucumbir el enfermo por otra afeccion, que causa con tanta mas facilidad la muerte, cuanto mas debilitado se halla el sugeto.

§ V. Lesiones anatómicas.

Segun Lallemand, la próstata, en los casos de inflamacion aguda, se halla ingurgitada de pus concreto, consistente, amarillento y parecido á un tubérculo, y el tejido circunyacente permanece sano; si la inflamacion está mas avanzada se notan como vestigios de su existencia, una infiltracion de pus ó de materia pultácea; mas tarde puede hacerse salir el pus por los conductos escretorios, hay abscesos diseminados, ó bien la próstata, duplicada ó triplicada en su volúmen, contiene mucha materia purulenta. La inflamacion crónica puede haber destruido una parte de este órgano, haber causado la ulceracion de sus folículos mucosos, y haberla reducido á una simple cáscara acribillada de agujeros.

Se hallan igualmente vestigios de inflamacion aguda ó crónica en los conductos eyaculadores, en las vexículas seminales, en los conductos deferentes, en los testículos y hasta en los tejidos que rodean estas partes, como por ejemplo, en el celular, que separa la vejiga del recto y del peritoneo inmediato. Los conductos eyaculadores se han presentado dilatados, aislados y como disecados por la inflamacion supurativa. Se han hallado las vexículas seminales deformes, cartilaginosas, huesosas, llenas de pus concreto y conteniendo esperma alterado. En los conductos urinarios se encuentran lesiones análogas desde la uretra hasta los riñones; pero basta indicarlas aquí y decir que dependen todas de la inflamacion aguda ó crónica.

Fácilmente se concibe que semejantes lesiones no deben existir en el mayor número de individuos que padecen pérdidas seminales, y que en los casos que acabamos de citar solo se deben considerar como un síntoma secundario de afecciones sumamente graves por sí mismas. Lo único que se puede deducir de esto es que la condicion orgánica necesaria de la espermatorrea consiste en cierto grado de inflamacion, que debe ser bastante ligero, puesto que cede con mucha facilidad á medios sumamente sencillos, como veremos mas adelante. Sin embargo, no es posible disimular la insuficiencia de las investigaciones anatómico-patológicas acerca de este punto.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Por de pronto no se puede poner en duda la existencia de las *poluciones nocturnas*, llegando hasta el punto de constituir una verdadera enfermedad, pues los hechos que refieren los autores y los que

cada médico ha podido observar no dejan la menor duda acerca de este punto. En ciertos sugetos llegan á hacerse de tal modo habituales estas poluciones nocturnas, que las mayores precauciones no pueden preservarlos de ellas, de lo cual ha referido Lallemand ejemplos evidentes. En estos casos, además de los datos que nos suministran los enfermos que nos dicen que estas poluciones, que al principio se verificaban con un orgasmo bastante fuerte para despertarlos, han concluido por efectuarse sin que el sugeto dormido tenga conciencia de ellas, tenemos el exámen del licor expulsado que destruye toda objecion, tanto mas cuanto que el líquido no está mezclado con ninguna otra sustancia que pueda inducir á error. Los observadores han podido apreciar siempre en estos casos los caractéres propios del esperma.

Las *poluciones diurnas* (1) que sobrevienen fuera de los actos de orinar y defecar y que van acompañadas de cierto orgasmo, son mas difíciles de concebir; pero sin embargo, el exámen de los hechos que pone enteramente fuera de duda su existencia, lo mismo que la de las anteriores. Hay sugetos que á la vista de un objeto que escita sus deseos, que despierta su imaginacion, tienen una ereccion con eyaculacion; hay otros en quienes la ereccion es incompleta, y sin embargo, se verifica la eyaculacion, y algunos en quienes basta un simple tocamiento.

Los casos de este género tienen tambien la ventaja de no dejar ninguna duda acerca de la naturaleza del líquido escretado, que ni sale al mismo tiempo que la orina, ni está mezclado con productos morbosos que puedan proceder de la vejiga, de la uretra ó de un absceso prostático, y así es que todas las veces que se le ha podido examinar se le ha reconocido con todas las cualidades, y con nada mas que las cualidades del licor seminal.

La *espermatorrea propiamente dicha* es la única que ofrece dificultades de diagnóstico.

El orígen de las pérdidas al fin de orinar ó en el acto de la defecacion, que se refieren á la existencia anterior de poluciones nocturnas, que se convierten despues en diurnas, no pueden dejar ninguna duda sobre la existencia de esta forma de enfermedad; los autores en los que Lallemand ha provocado una reaccion legítima no hacen constar su realidad, pero sí su singular frecuencia, segun el profesor ilustre de Montpeller. Los caractéres físicos del líquido arrojado, y principalmente el exámen microscópico, dan argumentos sin réplica. Pero se debe dejar de ver la prueba material de la enfermedad en los *glóbulos* de Lallemand y buscarla en la presencia de los *animalillos atrofiados vistos con el microscopio*, y cuya descripcion hemos hecho

(1) Por la palabra *polucion* entendemos la emision del esperma, con cierto orgasmo, y fuera del momento de orinar; y reservamos el de *espermatorrea* propiamente dicha, al derrame involuntario del esperma durante este acto aislado ó durante la defecacion.

antes. Es de notar que esta atrofia no es propia exclusivamente de la espermatorrea, pues se nota tambien en las poluciones diurnas frecuentes.

El diagnóstico de la enfermedad no es tan seguro, pues hombres hábiles pueden tomar por una espermatorrea una afeccion muy diferente. Si se examina la observacion 100 del *Tratado de las pérdidas seminales*, se verán síntomas que se pueden aplicar todos á una *glucosuria*, y no á esta enfermedad, ó por otra parte reconocida, han sido mirados como signos de espermatorrea. Es escusable la equivocacion, sin duda, puesto que por una parte hay numerosos puntos de semejanza sintomática entre la glucosuria y las pérdidas seminales, y por otro lado los síntomas de la primera de estas enfermedades, así como el modo de su produccion, no eran bien apreciados en la época en que escribia este autor (1839); pero en definitiva resulta que la espermatorrea es una enfermedad que no se puede diagnosticar como tal en seguida que se presenten pérdidas seminales.

La existencia de la espermatorrea, propiamente dicha, está hoy bien demostrada, pero se ha exagerado la frecuencia de la enfermedad.

Los *derrames uretrales* se verifican contínuamente, y no solo en ciertos momentos como en la espermatorrea; tampoco se manifiestan en masa, sino en pequeña cantidad cada vez.

¿Será mas necesario averiguar qué afecciones pudieran confundirse con las pérdidas seminales? Pudiera serlo en efecto la *gastralgia*, la *gastroenteralgia* y la *hipocondría*; pero en realidad no hay verdaderas diferencias, puesto que estas últimas afecciones constituyen los síntomas generales de la espermatorrea. Solo resta, pues, averiguar la causa de estos estados patológicos, y basta decir que en todos los sugetos que presentan estas enfermedades acompañadas de extenuacion sensible, se debe explorar el estado de las vias urinarias y examinar con cuidado el líquido escretado, lo cual reduce el diagnóstico á la exploracion que antes de ahora hemos descrito al hablar de los síntomas. Las mismas reflexiones son aplicables á la *glucosuria*, que presenta además signos especiales característicos, como son: la abundancia de la orina, el azúcar que esta contiene, etc., etc. (Véase *Glucosuria* ó *Diabetes sacarina.*)

Pronóstico.—El pronóstico de la enfermedad varía segun su especie y la época mas ó menos avanzada á que ha llegado. Las poluciones nocturnas, aun siendo muy frecuentes, no son realmente peligrosas; pero si no se corrigen por los medios apropiados llegan á ocasionar poluciones diurnas, siempre graves, puesto que ocasionan una extenuacion y postracion extremas, y muy comúnmente la desesperacion con tendencia irresistible al suicidio. La espermatorrea, propiamente dicha, es todavía mucho mas grave, pues compromete la vida del enfermo; pero sin embargo, debemos añadir que la pronta eficacia del tratamiento en casi todos los casos que prueba que la

enfermedad no es tan peligrosa como á primera vista pudiera hacerlo creer el estado general de los que la padecen.

§ VII.—Tratamiento.

Cuando la enfermedad depende de la existencia de los oxiuros en el intestino recto, lo cual se conoce por el prurito excesivo que producen estos gusanillos hácia esta parte, por la rubicundez alrededor del ano, y muy comunmente, como ya hemos dicho antes de ahora (véase *Oxiuros*), porque se logra ver estos animalillos, se puede usar primero el *agua fria*.

«Se puede empezar, dice Lallemand, por la temperatura de 25 grados centígrados, para ir bajando en seguida á 15 y aun á 10; lo que conviene es *introducir la mayor cantidad de agua posible*, á fin de que alcance á los parásitos mas distantes del ano, y que desprenda con mas fuerza los que todavía se hallen adheridos. Bajo este punto de vista tienen una gran ventaja los *chorros ascendentes*, puesto que vienen á ser una lavativa prolongada y de una accion con ínua y muy enérgica. La hora mas á propósito para hacer estas inyecciones frias y copiosas es cinco ó seis horas despues de haber comido, porque entonces es cuando las ascárides descienden con las materias fecales á la parte inferior de los intestinos gruesos.»

Mas tarde se prescribe la lavativa siguiente:

R.	Cloruro de sodio.......	1 á 3 cucharadas progresivamente.
	Agua.................	1 litro (2 cuartillos).

Tómese de esta solucion la cantidad suficiente para una lavativa grande. Se debe encargar al enfermo que la conserve por algun tiempo.

En seguida recomienda Lallemand las lavativas hechas con la infusion de *artemisa*, de *tanaceto*, de *ajenjos*, de *salvia* y sobre todo de *santolina blanca*, y aconseja tambien que no se hagan estas infusiones demasiado concentradas, ni se continúe por mas de dos ó tres dias seguidos, á fin de no ocasionar en el recto una irritacion que pudiera aumentar momentáneamente las pérdidas seminales.

Segun este autor, las unturas con *ungüento mercurial*, que recomienda el profesor Cruveilhier, tienen el inconveniente de no poder hacerlas á bastante altura, y por consecuencia de no destruir todos los oxiuros.

Las inyecciones con una solucion de *deutocloruro de mercurio* no carecen de eficacia; pero es preciso no pasar de la proporcion siguiente:

R.	Deutocloruro de mercurio...........	3 á 10 centígramos.
	Agua..............................	1 litro.

Lallemand teme que si se da mayor cantidad pueda producir la irritacion del recto, que excitaria la espermatorrea.

Tambien se pueden prescribir las *lavativas purgantes y oleosas*, y los diversos antihelmínticos, de que hemos hecho mencion en el artículo *Oxiuros* (véase este artículo), bien introduciéndolos por el recto, ó administrándolos por la boca.

Lallemand aconseja principalmente como *antihelmíntico* administrado al interior los *calomelanos* á la dósis de 40 á 60 centígramos (8 á 12 granos), si puede tolerarlos el estómago. Del mismo modo obran los demás *mercuriales*, tales como las píldoras de Plenck y Sedillot.

El mismo Lallemand ha citado un número bastante considerable de hechos, que prueba que la medicacion antihelmíntica ha bastado muchas veces por sí sola para corregir las pérdidas seminales; pero no suele ser menos frecuente la necesidad de recurrir á otros medios, porque como no siempre la enfermedad depende de una causa única, es necesario atacarla de muchos modos á la vez.

Cuando resulta de una afeccion herpética (herpes præputialis, eczema, etc.), fija en el ano, prepucio, en el perineo, y con mayor razon cuando ocupa todo el cuerpo, se prescriben las *aguas sulfurosas* á una temperatura media, y los demás medios reconocidos como eficaces en estas enfermedades.

Si la enfermedad reconoce por causa primitiva la acumulacion de la materia sebácea entre el glande y el prepucio, y si este no es demasiado largo ó poco estrecha su abertura, bastan las precauciones ordinarias de limpieza para disipar la irritacion local y las poluciones que de ella resultan: Lallemand ha citado muchos hechos que prueban la eficacia de este tratamiento tan sencillo. Pero si el prepucio se halla en las condiciones que acabamos de indicar, que es el caso mas comun, no se debe dudar el practicar su *excision*, operacion que tambien debe hacerse cuando este estado del prepucio impida que los medicamentos obren directamente contra las afecciones herpéticas, y para que sea completamente eficaz no debemos contentarnos con una simple incision, sino *extirpar circularmente el prepucio*.

El autor citado refiere varios casos, en los que *habiéndose reconocido la existencia de una sífilis constitucional*, ha cedido la enfermedad al *tratamiento antisifilítico*.

Si la afeccion reconoce por causa una estrechez de la uretra, como ya se han citado varios ejemplos, se deben usar contra ella los medios quirúrgicos.

Lallemand indica con este motivo los inconvenientes de la *dilatacion prolongada*, que produce una irritacion muy perjudicial en la próstata y en el cuello de la vejiga, y la insuficiencia de la *dilatacion verificada en pocos dias;* sin embargo, cree preferible esta última, y aun mejor todavía la *cauterizacion con el nitrato de plata* hecha por medio de una sonda apropiada bien conocida en la actualidad. Por lo demás, si estos medios, como todos los que se dirigen contra las estrecheces de la uretra, pueden usarse segun los casos. Cuando la estrechez ocupa la abertura de la uretra, y aun cuando

está situada á 2 ó 3 centímetros (10 á 15 líneas) de profundidad, aconseja Lallemand que se haga la *incision* con un bisturí obtuso.

Ya hemos dicho que esta enfermedad reconoce con frecuencia como causa primitiva una *fluxion hemorroidal*, ó verdaderas hemorroides, indicacion que conviene no echar en olvido; pero ya hemos expuesto con demasiados detalles el tratamiento de esta enfermedad en uno de los artículos que preceden (véase artículo *Hemorroides*) para que sea necesario volver á ocuparnos ahora de este asunto. Lo mismo decimos del *extreñimiento* que conviene hacer desaparecer. Lallemand aconseja tambien destruir las bridas formadas por *cicatrices antiguas* en las inmediaciones del ano, y hacer la operacion de la *fístula* de esta parte si el caso lo exige.

En ciertos sugetos se puede atribuir el desarrollo de la enfermedad á un *estado general de debilidad y de atonía*. «Las pérdidas seminales que pueden depender de una atonía general consecutiva á alguna enfermedad grave, son, dice Lallemand, sumamente raras, y *apenas presentan mas indicaciones que las de las convalecencias difíciles:* únicamente se pueden añadir á los medios generales mas apropósito para reanimar las fuerzas, algunos de los que obran con mas especialidad sobre los órganos de la generacion, como el agua de *Spa* unida á *vinos generosos y tintos*, la mayor parte de las *gomo-resinas, la canela, el gengibre, los alimentos cargados de especias, las carnes de caza y las negras y manidas, etc.*»

Si se creyese que la atonía estaba limitada á las partes genitales, serian preferibles los medios locales, entre los que Lallemand coloca en primera línea el *galvanismo*, que le ha producido excelentes resultados en casos graves. Se coloca uno de los polos de la pila en los lomos y el otro sobre el púbis, y se producen sacudidas cuyo número debe determinar el médico, segun el grado de la enfermedad. Si se quiere obrar con mas energía, se puede aplicar al perineo la placa que primero se habia colocado sobre el púbis; pero se deben vigilar con cuidado los efectos del tratamiento, porque hay que temer que sobrevengan contracciones espasmódicas de las vexículas seminales. El aparato de Clarke, el de los hermanos Breton, y sobre todo el de Duchenne (de Boulogne), son preferibles á la pila ordinaria para esta aplicacion de la electricidad. La faradizacion de las *vesículas seminales* se practica con la ayuda del *reóforo del recto*, el cual consiste en una oliva colocada en una varilla (las dos de metal), pero la última está aislada por medio de una sonda de caoutchouc; la oliva se introduce en la parte inferior del recto, y se lleva en diferentes sentidos, mientras que el aparato funciona: la corriente se cierra por un reóforo húmedo que se le pasea por todo el circuito del ano; ó por otro reóforo metálico de varilla, igualmente aislada, que se lleva hácia el bajo fondo de la vejiga. Duchenne (de Boulogne) (1) en las investi-

(1) Duchenne (de Boulogne), *De l'électrisation localisée*, 2.ª edicion. Paris, 1861, p. 96.

gaciones terapéuticas que ha hecho relativas á este asunto, está convencido que estos órganos no escapan nunca mas que otros á la excitacion eléctrica. Para esta aplicacion de la electricidad son preferibles á la pila ordinaria el aparato de Clarke, y sobre todo el de los hermanos Breton. Bien pudiera conducirse la corriente eléctrica hasta la vejiga por medio de una sonda; pero este procedimiento debe emplearse con muchísima circunspeccion, y solo en casos de atonía muy rebelde. Con intencion de obrar sobre el sistema nervioso génito-espinal, Mandl usa una corriente de induccion de la manera siguiente: introduce en la uretra hasta el cuello de la vejiga una sonda elástica, provista de un mandrin metálico, que se encuentra en comunicacion con uno de los polos del aparato eléctrico. El otro conductor, provisto de una esponja, está colocado sobre las vértebras dorsales ó sobre el periné; se pueden, sin embargo, introducir en el recto con la ayuda de una sonda con mandrin. Las sesiones deben durar de 30 á 50 minutos, y se repiten 40 ó 50 veces.

Lallemand proscribe con severidad los diversos *afrodisiacos* de que se suele hacer mucho uso á causa de la impotencia en que hacen caer á los enfermos, y ha visto producir siempre malos efectos, lo cual se concibe fácilmente, puesto que su principal resultado es el provocar emisiones de esperma, que ya son demasiado frecuentes. Así, pues, este autor desecha el *fósforo*, las *cantáridas al interior*, y hasta los *vejigatorios ambulantes* que recomienda Sainte Marie.

Por el contrario, el *cornezuelo de centeno*, que ha usado primeramente un médico italiano, y que luego administró Lallemand, ha obtenido ventajas manifiestas en algunos casos, aun cuando en otros haya sido completamente inútil, y hasta producido el aumento de las pérdidas seminales. Se puede, pues, ensayar este medicamento, pero vigilando su uso y abandonándolo desde que se note que produce malos efectos. Se da el cornezuelo de centeno á la dósis de 50 á 90 centígramos, y hasta 1,50 gramos sucesivamente (10, 18 y hasta 30 granos, segun los casos.

El doctor Jarowitz (1) ha referido casos de curacion por esta sustancia, que solo daba á la dósis de 20 á 40 ó 50 centígramos (4, 8 ó 10 granos) por dia; pero como al mismo tiempo usaba otros medios, sus observaciones necesitan nuevos ensayos.

En los casos de espermatorrea con impotencia, el doctor Duclos (de Tours) (2), ha prescrito con buen éxito el *extracto alcohólico de nuez vómica* del modo siguiente:

R. Extracto alcohólico de nuez vómica......... 5 gramos.

Divídase en cien píldoras, que se administran en esta forma:

(1) Jarowitz, *loc. cit.*
(2) Duclos (de Tours), *De l'emploi de la noix vomique dans l'impuissance et la spermatorrhée (Bulletin général de therapeutique*, Junio, 1849).

Durante cinco dias, una píldora cada noche.

En los cinco siguientes, una por la mañana y por la noche.

Durante otros cinco, dos mañana y noche.

En los cinco siguientes, dos por la mañana y tres por la noche.

Y así sucesivamente hasta que el enfermo llegue á tomar ocho al dia, cuatro por la mañana y cuatro por la noche.

Algunos enfermos han tomado sin ningun inconveniente hasta catorce píldoras al dia.

Cuando es posible, añade el doctor Duclos á su prescripcion, el linimento siguiente:

R.	Tintura de nuez vómica..	aa. 60 gramos.
	Tintura de árnica ó de melisa....	
	Tintura de cantáridas.	15 —

Para hacer fricciones á los lomos y á la parte interna y superior de los muslos.

El doctor Wutzer (1) recomienda contra la *espermatorrea acompañada de debilidad eretística de los órganos genitales*, las píldoras siguientes:

R. Acido fosfórico.....	4 gram.	Polvos de corteza de quina.	4 gram.
Alcanfor molido....	1,20 —	Extracto de cascarilla.....	C. S.

Háganse píldoras de 10 centígramos (2 granos) y envuélvanse en polvos de canela. Se tomarán cinco tres veces al dia.

No hemos podido tener conocimiento de los hechos que abonan esta medicacion, y así el práctico debe experimentarla.

L. Corvisart (2) ha visto las poluciones en tres enfermos afectos de espermatorrea, suspenderse bajo la influencia de la *digitilina*, á la dósis de 1 á 2 milígramos al dia. Nosotros hemos empleado en dos casos este medio, y hemos obtenido un poco de alivio, pero no la curacion completa.

La *lupulina*, principio activo del lúpulo, ha sido preconizada en estos últimos tiempos contra la espermatorrea. Debout (3) cita un caso, en el cual esta sustancia, administrada á la dósis de 1 á 2 gramos y 50 centígramos durante un mes bastó para obtener la curacion. Aran (4) cita igualmente una observacion, en la que el empleo de este medicamento fué seguido de buenos resultados; la dósis se elevó hasta 4 gramos, sin determinar ningun accidente; se puede administrar bajo la forma de tintura, ó mejor en sustancia triturada con azúcar.

(1) Wutzer, véase *Bulletin général de thérapeutique*, 15 de Setiembre, 1849, t. XXXVII, p. 220.

(2) L. Corvisart, *Bulletin général de thérapeutique*, 28 de Febrero, 1853.

(3) Debout, *Bulletin général de thérapeutique*, 30 de Abril, 1853.

(4) Aran, *Bulletin général de thérapeutique*, 15 de Mayo, 1853.

Parece que los *baños frios y los de mar* deberian obrar favorablemente sobre esta atonía local; pero los hechos que ha reunido Lallemand prueban que han sido constantes sus malos efectos, que no impiden las pérdidas seminales, que debilitan una economía ya demasiado deteriorada, y que por consiguiente no deben aconsejarse. Las simples *aplicaciones frias* tienen menos inconvenientes, pero no mas ventajas. No sucede lo mismo con los chorros frios al hipogástrio, á los lomos y al perineo, porque en los casos que cita Sainte Marie y Lallemand han sido seguidos de buen éxito, y sin duda obran principalmente por la percusion que produce el agua cayendo sobre las partes desde cierta altura.

Tambien parece que han sido útiles las *bebidas frias, los pedazos de hielo, la leche helada, etc.*, lo cual no debe sorprendernos, porque estos medios producen buenos resultados en la gastroenteralgia, enfermedad en que se aproxima mucho el estado que presentan los enfermos al que mas arriba hemos descrito.

Tambien se pueden agregar á estos medios los *ferruginosos, los tónicos, los astringentes y los excitantes generales*, en una palabra, los diversos medicamentos que posee la materia médica para combatir las afecciones con atonía.

El doctor Cambuzy, de Namur (1), ha citado un caso de pérdidas seminales diurnas á cada deposicion de vientre, curado por el uso del *agua de Spa*.

En los casos en que hay una sensibilidad excesiva de la mucosa génitourinaria, los mejores tónicos son, segun Lallemand, los oleo-resinosos, y sobre todo el *bálsamo de copaiba*, cuyas dósis deben irse aumentando poco á poco, empezando por una corta cantidad. La *trementina* y el *agua de brea* pueden darse desde el principio á mayor dósis, la primera á 30 ó 40 centígramos (6 á 8 granos), y la segunda dos cucharadas en medio vaso de agua, aumentando progresivamente estas dósis.

La *susceptibilidad nerviosa* que presentan la mayor parte de los enfermos de pérdidas seminales involuntarias, debe considerarse, bajo el punto de vista del tratamiento, mas bien como un resultado inevitable, que como la causa de la enfermedad, y así los medios que se han dirigido contra este síntoma solo tienen una importancia muy secundaria: tales son los *opiados* y los *antiespasmódicos*, respecto á los cuales hallará el lector todos los detalles necesarios en el artículo *Gastralgia*, y solo diremos que Lallemand no ha obtenido ningun efecto favorable del *alcanfor*, que al contrario ha sido en muchos casos perjudicial.

No haremos mas que citar los *rubefacientes* al epigástrio, la *introduccion repetida de la sonda en la vejiga*, que á veces ha obtenido buenos efectos, no bastantes para compensar los inconvenientes que

(1) Cambuzy (de Namur), *Archives de médecine militaire belge*, 1849.

presenta, y la *acupuntura*, por la cual ha conseguido Lallemand disipar los dolores muy vivos de los testículos y del cordon. Me apresuro á llegar á la *cauterizacion*, que debe considerarse como el medio por excelencia, y que es necesaria en la inmensa mayoría de casos. Bien ha comprendido esto Lallemand, y así se detiene extensamente en este medio terapéutico, el mas poderoso y mas comunmente útil, segun sus expresiones, y entra en todos los detalles de su aplicacion. Por consiguiente nos parece mejor extractar de su obra lo que los prácticos necesitan conocer indispensablemente.

Cauterizacion de la porcion prostática de la uretra.—«Antes de proceder á la cauterizacion es indispensable, dice Lalleman (1) *sondar al enfermo para medir la longitud exacta del conducto* y para vaciar completamente la vejiga.

»Retirando la sonda con lentitud mientras que sale la orina, se detiene el chorro cuando los ojos del instrumento entran en el conducto, y vuelve á salir cuando estas aberturas penetran de nuevo en la vejiga. Teniendo entonces el miembro estirado, si se aplican al instrumento los dedos pulgar é índice al nivel del glande, puede juzgarse de la longitud del conducto por el intervalo que queda entre los dedos y los ojos de la sonda. Es inútil medir esta distancia que indica exactamente la longitud de la uretra, pero si es preciso trasladarla con exactitud al porta-cáustico y conservarla fija en este de un modo invariable, para lo cual basta aplicar los ojos de la sonda contra la extremidad olivar del porta-cáustico, y fijar al nivel de los dedos una corredera movible sobre el tubo. Se sujeta esta corredera con un tornillo de presion, y no tiene mas uso que indicar la longitud del conducto.

»*La vejiga debe estar completamente vacía*, á fin de que no se introduzca orina en el tubo del porta-cáustico cuando llegue á esta cavidad, y que tampoco pase al conducto durante la cauterizacion...

El abultamiento en que termina la cubeta del porta-cáustico debe ser oval y mas grueso que el calibre del tubo; disposicion que impide el que la mucosa sea pellizcada al manejar el instrumento.

»Por otra parte, es preciso que el volúmen de este ensanche esceda con mucho al calibre del tubo, porque el operador no tiene otra guia para saber cuándo el porta-cáustico penetra en la vejiga. Podrá, sí, conocer que la extremidad del instrumento llega cerca del cuello de la vejiga, cuando ve que la corredera fija sobre el tubo se aproxima al glande; pero necesita que una sensacion clara le indique positivamente cuándo esta extremidad penetra en la vejiga, y esta sensacion la tiene en el sacudimiento que experimenta su mano en el momento en que el ensanche de la oliva atraviesa el cuello.

»Retirando en seguida ligeramente el porta-cáustico, siente alguna resistencia para hacer que vuelva á entrar este ensanche olivar

(1) Lallemand, *De las pérdidas seminales involuntarias.*

en el conducto, y solo entonces es cuando está seguro de que la cubeta cargada de nitrato de plata corresponde á la superficie inferior de la próstata, en la cual vienen á abrirse los conductos eyaculadores. Para que esta sensacion le sirva de un guia seguro, es, pues, necesario que la parte media de este ensanche olivar sea mucho mas gruesa que el calibre del tubo...

»Para que esta diferencia de volúmen sea muy sensible, no es preciso que el tubo del porta-cáustico tenga el calibre de las sondas mas gruesas de plata, como he visto muchos, porque entonces ó el ensanche olivar no podria atravesar el glande, ó bien su volúmen no escederia del calibre del tubo... Tambien es necesario que el instrumento no sea muy pequeño, porque entonces penetraria con demasiada facilidad en la vejiga, y el operador no sentiria ninguna sacudida al atravesar el cuello, ni tampoco ninguna resistencia cuando quisiera volver á introducir este ensanche olivar en el conducto, y sin embargo, esta resistencia es la que debe servirle de guia en el momento de practicar la cauterizacion... Se necesita que el interior de la cavidad sea rugoso y áspero como la superficie de una lima.

»Debo advertir con este motivo que el nitrato de plata debe fundirse en la cubeta á la accion de una lámpara de espíritu de vino, de modo que corra como si fuese aceite, y que presente despues de su enfriamiento una superficie lisa, pues cuando queda en forma de granos se separa en fragmentos con mucha facilidad. Cuando se hincha de modo que esceda del nivel de la cubeta, el tubo rompe las partes que sobresalen cuando se cierra el instrumento y se caen despues cuando se abre; así, pues, es necesario volverle á fundir hasta que forme una sola masa regular. Siempre es bueno además abrir y cerrar muchas el porta-cáustico de un modo brusco antes de hacer uso de él, para asegurarse de que no se cae ningun pedacito de nitrato de plata.» Hé aquí cómo Lallemand describe la cauterizacion, cuyos detalles no me parecen menos importantes que los anteriores.

«El enfermo *debe estar echado* durante la cauterizacion; sentado ó de pié está menos fijo, y los movimientos de la pélvis pueden ser demasiado bruscos ó mas extensos, lo cual importa mucho evitar, y hasta el operador está menos cómodo y menos seguro de sus movimientos.

»Segun que la extremidad del instrumento se aproxima al cuello de la vejiga, la corredera fija al tubo llega cerca del glande. *Es preciso dejar caer* el instrumento y redoblar la atencion para poder apreciar el momento en que el ensanche olivar penetra en la vejiga. En seguida se le debe *retirar con lentitud contra el cuello y mantenerle en esta posicion, coger el estilete con una mano, hacer subir el tubo con la otra, y pasar con mucha rapidez el cáustico, que queda entonces al descubierto, por la superficie del lóbulo inferior de la próstata. Inmediatamente despues* se vuelve á introducir

la cubeta en el tubo y se retira lentamente el instrumento cerrado.»

En seguida insiste mucho Lallemand en que se haga la cauterizacion en un *instante indivisible*, y atribuye un gran número de accidentes que ha producido esta operacion hecha por manos inespertas á la *cauterizacion demasiado prolongada*, y cuya duracion puede calcularse por medio de un reloj.

Consecuencias de la operacion y tratamiento que estas reclaman.—«Durante dos ó tres dias, dice Lallemand, la emision de orina es frecuente, dolorosa y está acompañada de algunas gotas de sangre; pero estos síntomas se disipan muy pronto á no ser que se cometa alguna imprudencia. He visto permanecer el dolor por espacio de diez dias, y aun mas, pero los enfermos habian cometido escesos en el régimen ó se habian cansado demasiado, habian andado mucho á pie ó hecho viajes cortos en carruaje, ó se habian expuesto tambien por mucho tiempo al frio, á la humedad, etc., poco tiempo despues de la operacion...

»Mientras que dura el período inflamatorio, *las pérdidas seminales están aumentadas* mas bien que disminuidas, y no empieza á notarse mejoría hasta que se efectúa la resolucion, de modo que no es posible juzgar del resultado antes del dia 12 ó 15, y aun puede hacerse esperar mas tiempo si se exacerba la inflamacion en el momento en que el enfermo se cree dispensado de guardar precauciones. Es necesario principalmente precaver los deseos venéreos cuando las erecciones aparecen con energía.»

El médico debe tener siempre presentes estas advertencias, porque la continuacion y el aumento de las pérdidas seminales, y por consiguiente los accidentes que estas producen, mueven con frecuencia á repetir demasiado pronto la cauterizacion, lo cual ocasiona nuevos accidentes, nueva exacerbacion de la enfermedad, y que la operacion no tenga buen éxito. «En ningun caso, dice Lallemand, se puede esperar ver el efecto curativo de la cauterizacion antes de quince dias lo mas pronto: *es preciso dejar pasar un mes para poder juzgar definitivamente...*»

«En los primeros dias que siguen á la cauterizacion, el enfermo debe tomar baños, ponerse lavativas, hacer uso de bebidas atemperantes, y seguir una *dieta láctea y vegetal* á fin de hacer la orina tan acuosa como sea posible; debe evitar todo cansancio y preservarse con cuidado del frio.»

Hay un caso particular en que la espermatorrea se complica con la desviacion de los conductos eyaculadores, de tal modo que en las circunstancias anteriormente mencionadas, en vez de salir el esperma por la uretra, se dirige hácia atrás á la vejiga para salir despues con la orina. «En tales casos, dice Lallemand, he *cauterizado especialmente por delante de la próstata*, es decir, que despues de haber recorrido rápidamente su superficie desde el cuello de la vejiga, he dejado el instrumento mucho mas tiempo en contacto con la porcion

membranosa de la uretra, y no le he cerrado hasta llegar al nivel del bulbo.»

Tal es, pues, la operacion cuyos buenos resultados sumamente notables se encuentran en la mayor parte de los casos que refiere Lallemand. En los individuos que padecen poluciones nocturnas frecuentes y diurnas con orgasmo, casi siempre basta una sola cauterizacion, y si esta no es suficiente, otra hecha al cabo de uno ó dos meses basta para corregir la enfermedad. Iguales resultados se han observado en la espermatorrea propiamente dicha, y cualquiera que sea la opinion que se haya formado respecto á un cierto número de casos de la afeccion que hemos designado con este nombre, no por eso es menos cierto, y nunca podremos repetirlo demasiado, que sugetos que arrastraban una vida miserable, y separados, por decirlo así, de la sociedad, han recobrado por estos medios una existencia agradable y útil. He obtenido por mí mismo resultados semejantes, y por consiguiente seria un descuido culpable de parte del médico el no procurar conocer pronto y tratar esta enfermedad como corresponde.

Las *bebidas emolientes*, *una dieta láctea*, *los atemperantes y los baños* que hemos visto emplear despues de la cauterizacion, se usan en sugetos que presentan una grande irritacion de las vias génito-urinarias.

Régimen.—Respecto al *régimen* que deben seguir los enfermos, conviene que sea muy ligero en el principio del tratamiento, y en la *convalecencia* se debe pasar progresivamente y de un modo lento de los alimentos ligeros á otros mas sustanciosos.

Completan este tratamiento un *ejercicio* apropiado, el uso de las precauciones indispensables contra el frio y la humedad, y cuando los sugetos han vuelto á recobrar sus fuerzas, los *baños frios* y sobre todo los de *rio*.

Teniendo cierta confianza en el método de Lallemand y sus numerosas observaciones de curacion, Trousseau cree que el empleo de la cauterizacion ha sido muy generalizado, porque el autor de este método hace jugar un papel muy extenso á la influencia de la flegmasía uretral sobre la produccion de las pérdidas seminales. Las especies que se confunden con las neuroses puras no son susceptibles de la aplicacion de este medio. Cuando hay la indicacion de combatir un elemento espasmódico, la belladona hace el mismo efecto que en la incontinencia de orina, obrando probablemente sobre el conjunto del sistema nervioso encéfalo-raquidiano. Trousseau ha usado algunas veces el nitrato argéntico, al interior, aplicaciones irritantes á lo largo de la columna vertebral, como en la *ataxia locomotrice*, que empieza frecuentemente por la espermatorrea. En fin, se ha usado un medio mecánico cuando los otros han fracasado; y es el *compresor de la próstata*, que parece que obra comprimiendo la próstata, y mediatamente los conductos eyaculadores, presion que suple el defecto de

resistencia que habian de oponer normalmente los conductos á la contractilidad de las vexículas seminales. Despues de varios tanteos, se ha dado al instrumento la forma que representa la figura 132. Es una especie de tapon de metal, que tiene la forma de una aceituna muy alargada, y cuyo grosor varía desde el volúmen de un huevo de pichon al volúmen de uno de polla. Este tapon se va adelgazando por abajo, en forma de cuello, cuyo diámetro no excede de 5 milímetros, de manera que una vez introducido en el recto, sea mantenido en su posicion por el extrechamiento del esfínter anal. El tapon compresor está soldado á una varilla de plata, de 3 á 4 centímetros de longitud por 1/2 centímetro de ancho, que va á aplicar su mitad anterior sobre el periné, y el otro sobre la region coxígea. Las dos piezas del aparato no son perpendiculares: durante la aplicacion, el ángulo obtuso mira al coxis y el agudo al púbis; de esta manera la parte superior del abultamiento prostático se apoya necesariamente sobre la próstata. La longitud de la parte interna variará un poco segun los enfermos.



Fig. 132.—Compresor de la próstata. Es una especie de tapon montado sobre un travésl, A, que impide entrar el instrumento en el recto. En la letra B hay un agujero que deja pasar el gas.

Despues de siete ú ocho dias de uso de este aparato, Trousseau ha visto dichosas modificaciones locales y generales, y por su empleo continuado, desaparecer espermatorreas rebeldes. Lo mismo ha sucedido en la *incontinencia de orina*.

Recidivas.—Es notable que en esta afeccion sean muy raras cuando se pudiera creer lo contrario, atendida la naturaleza de la enfermedad. Esto depende sin duda de que han sido completamente destruidas las causas determinantes orgánicas, y sobre todo que los enfermos, recelosos por lo pasado, no se exponen ya á las influencias perniciosas que han causado la primera invasion de su padecimiento, tanto que hasta hay que temer que caigan en el extremo opuesto, y así es que entre las causas de recidiva se halla la *continencia excesiva* que se ha observado algunas veces. Como por lo comun es el enfermo quien voluntariamente se impone esta continencia, imbuido en sus aprensiones, conviene que el médico se informe de lo que haya acerca de este punto para poder ilustrarle convenientemente.

Lallemand se extiende mucho en el *tratamiento profiláctico*, pero basta que digamos que los medios que propone son casi todos los que se usan contra la masturbacion ó los excesos venéreos. Una vez conocidas bien las causas de las pérdidas seminales, cada práctico ha-

llará fácilmente lo que conviene para prevenir esta afeccion, siempre que se encuentre en circunstancias en que pueda esperar conseguir este objeto.

Resúmen.—Se debe estudiar con cuidado cada caso particular para conocer cuáles son los medios expeciales que le convienen; pero de todos estos medios el mas eficaz y por el que se obtienen mayor número de curaciones sólidas y durables, es la cauterizacion hecha con todas las precauciones que indica el profesor Lallemand.

Resúmen.—*Contra los oxiuros.*—Antihelmínticos y antiepsóricos. *En los casos en que hay acumulacion de materia sebácea entre el glande y el prepucio*, lociones jabonosas, escision del prepucio, antisifilíticos, tratamiento de las estrecheces de la uretra, antihemorroidales, laxantes, tónicos, amargos, ferruginosos, astringentes, escitantes generales, cornezuelo de centeno, nuez vómica, digitalina, lupulina, bebidas frias, hielo, opiados, antiespasmódicos, introduccion repetida de la sonda en la vejiga, cauterizacion, emolientes, atemperantes y régimen compresor de la próstata.

CAPÍTULO VI.

ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE APROXIMACION SEXUAL.

Este capítulo comprende algunas enfermedades que, en razon de la conformacion de las partes, son propias del hombre, y otras que son comunes á los dos sexos, si bien presentando por el mismo motivo modificaciones notables, lo que nos induce á ponerles en el mismo cuadro.

Para presentar con alguna claridad los numerosos detalles que se aproximan á la cuestion que nos ocupa, hemos creido deber adoptar las divisiones siguientes. Los derrames patológicos de los órganos genitales de los dos sexos comprenden tres categorías: 1.° *derrames sanguíneos* ó *uretrorragia*; 2.° derrames blenorrágicos ó *afecciones blenorrágicas*, que reconocen por causa, no un *virus*, como se ha dicho por abuso de lenguaje, sino un *contagio* expecial, capaz de desorganizar en algunas horas, teniendo una accion local sobre las mucosas, como el *contagio* que encierra el glóbulo del pus del chancro simple, ó una accion exclusivamente local sobre la piel denudada. El *contagio* expecial de la blenorragia engendra la blenorragia, la verdadera blenorragia, bien distinta de la uretritis simple, de la uretritis inflamatoria, por ejemplo.

Antiguamente, cuando se creia en la posibilidad de contraer la sífilis por la blenorragia, se llamaba *virus*, que indica la idea de una

intoxicacion general, habiendo sido empleada apropósito de la blenorragia; designando los autores con el nombre de vírus blenorrágico la causa de la enfermedad. Pero hoy se aceptan como distintas la blenorragia y la sífilis, y nos parece inútil y aun peligroso conservar un epíteto á la blenorragia que no está en relacion con las descripciones de la ciencia para nuestros tiempos.

No diremos mas: *vírus blenorrágico*, sino *contagio* de la blenorragia.

3.° Los *derrames blenorroideos*, efusiones mas ó menos inflamatorias, que no reconocen por causa el *contagio* expecial de la blenorragia. Esta segunda categoría comprende dos variedades: *A*. derrames que reconocen por causa una violencia exterior, una inyeccion mas ó menos irritante, el cóito con una mujer que esté reglando, los loquios, el cáncer uterino supurado, etc.; *B*. derrames sintomáticos de una erupcion dentaria, de una manifestacion diatésica cualquiera, como la gota, ó bien la ingestion inmoderada de ciertas bebidas, como la cerveza, etc. (Viennois.)

ARTÍCULO I.

URETRORRAGIA.

§ I.—Causas.

Esta enfermedad es casi siempre resultado de violencias externas, ó un simple fenómeno de la *blenorragia* intensa ayudada ó no de un traumatismo.

En las erecciones dolorosas de las *purgaciones encordadas* (de garavatillo) hay una hemorragia uretral, ligera, por la distension brusca y de rasgadura de la mucosa enferma. Hay, segun Rollet (1), *blenorragias* serosanguinolentas, en las cuales no exhala la mucosa sino un líquido rojo formado por la serosidad y por una cantidad variable de glóbulos de sangre.

Algunos autores han designado la hemorragia de la uretra con los nombres de *uretrorragia* y de *uretrohemorragia*. La mayor parte se han limitado á mencionar su existencia al hablar de la *hematuria*, ó sea el *orinar sangre*.

En cuanto á los casos citados como ejemplos de hemorragia de la uretra, faltando estas causas, son, repito, muy poco numerosos. En la mayor parte se encuentra una circunstancia notable, y es la supresion del flujo hemorroidal ó menstrual, de lo cual ha referido P. Frank algunos ejemplos. En ciertas ocasiones tambien, como lo han observado J. Hoffmann, Saxonia y otros varios, el flujo de sangre de

(1) Rollet, *Traité des maladies vénériennes*. Paris 1865, p. 260.

la uretra se reproduce por largo tiempo en las épocas en que se efectuaban los flujos suprimidos.

Esta hemorragia se presenta casi exclusivamente *en el hombre*, y erá de preveer que así sucederia en vista de lo que llevamos dicho.

§ II—Síntomas.

Cuando es producida la enfermedad por una violencia externa, el flujo sanguíneo sigue inmediatamente al dolor, por lo comun muy vivo, causado por la dislaceracion de los tejidos. En el caso contrario la sangre puede empezar á salir gota á gota, sin que el enfermo haya sentido otra cosa que un poco de *tension* y *calor* en el conducto de la uretra. En muchos sugetos, por el contrario, la tension es muy considerable, y es mas bien un *dolor gravativo* que á veces se extiende en forma de irradiaciones hácia la vejiga, el perineo y lomos. Cuando así sucede, no es raro observar un malestar general bastante marcado, y aun un leve movimiento febril.

El *flujo de sangre* se verifica continuamente y gota á gota. Se ve que á medida que se vierte el líquido en la uretra, sale fuera, obedeciendo á las leyes de la gravedad, es decir, por su propio peso. Nunca es muy abundante esta hemorragia, y no se observan en ella esos chorros de sangre que se notan en otras muchas. La sangre sale pura con todos sus caractéres normales, y no mezclada con la orina, lo que es muy importante para formar el diagnóstico. Sin embargo, si el punto por el que se efectúa la hemorragia se encuentra hácia la region prostática, puede suceder que habiendo refluido una parte á la vejiga, salga la orina mezclada con mayor ó menor cantidad de este líquido. En èl caso contrario, que es el mas comun, sucede al orinar lo siguiente.

Al principio el chorro de la orina está muy teñido de sangre, por la que se encuentra en la uretra ó que ya se ha vertido en el momento de la primera contraccion vexical; despues la orina sale clara como si no hubiera hemorragia, y poco despues la sangre empieza de nuevo á fluir gota á gota por la abertura de la uretra.

Mientras sale la orina el dolor se aumenta notablemente y se cambia en un escozor violento ó en una sensacion de ardor; pero este síntoma no puede atribuirse á la hemorragia, á lo menos en casi todos los casos. En efecto, si el derrame de sangre es producido por una violencia externa se siente el dolor en la rasgadura de la uretra, resultado ordinario de esta violencia, cuando aquella está en contacto con el líquido irritante que atraviesa el conducto, y cuando este flujo sobreviene en una blenorragia, es sabido que la sensacion de ardor y de escozor es un síntoma propio de esta afeccion luego que ha llegado á un alto grado de intensidad.

Ordinariamente la hemorragia no *dura* sino algunos instantes; sin embargo, en otros casos continúa la sangre fluyendo por espacio

de una ó mas horas, pero jamás se prolonga el flujo de modo que llegue á ser muy alarmante; solo, sí, puede reproducirse muchas veces en pocos dias, lo cual exige que se empleen medios bastante activos.

Como ya hemos dicho poco hace, la hemorragia se efectúa algunas veces al mismo tiempo al exterior y en la vejiga, y la sangre vertida en este último órgano puede ser en bastante abundancia para que resulte algun trastorno al orinar, y aun la *retencion de orina.*

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* no presenta dificultades, pues basta observar que la sangre afluye gota á gota y de un modo contínuo para conocer su procedencia, aun cuando refluya en parte á la vejiga para ser arrojada despues con la orina, lo que es muy raro. En los casos ordinarios se puede, si hubiese algunas dudas acerca del asiento de la hemorragia, hacer orinar al enfermo. Si es una hemorragia de la uretra, se ve en efecto, como decia anteriormente, que sale clara la orina pasado el primer chorro, lo que está lejos de suceder cuando la ematuria es renal y vexical; porque si los primeros chorros de orina están teñidos de sangre, es de notar que el líquido sale mas oscuro y presenta con bastante frecuencia coágulos al acabar de orinar.

En los casos de traumatismo mas comunes, por ejemplo en los que la rasgadura de la mucosa uretral es debida á maniobras practicadas en el conducto para satisfacer gustos tan singulares como depravados, ó con el fin de engañar al médico, el cateterismo es fácil, y da la demostracion inmediata de donde procede la sangre, aunque la orina arrojada sea perfectamente trasparente.

En cuanto al *pronóstico*, ya he dicho lo suficiente para manifestar que el de la hemorragia de la uretra no puede ser grave.

§ IV.—Tratamiento.

El tratamiento de esta enfermedad tiene por necesidad que ser muy sencillo, pues no debo ocuparme aquí de las lesiones y dislaceraciones producidas por las violencias externas, ni de la blenorragia, y sí solo tratar de los medios con que se debe combatir el flujo de sangre.

Si este flujo fuese poco abundante no conviene contenerle, porque cesará en breve por sí mismo y podrá resultar algun alivio para el enfermo, cualquiera que sea la causa que le haya producido. En el caso contrario se hacen una ó dos *sangrías* generales ó locales, si hay síntomas de reaccion, despues se empieza por envolver el miembro en *compresas empapadas en agua fria*, que tambien se pueden aplicar sobre el periné, expecialmente si hay motivo para creer que el punto de donde sale la sangre se halla en la region prostática.

Tambien se puede añadir al agua un poco de *vinagre*, de *extracto de Saturno*, de *agua de Goulard*, etc., si pareciese que no bastaba la simple impresion del agua fria. Por último, completan el tratamiento la *limonada fria* para bebida usual, un *régimen* algo severo, el *cateterismo* si la sangre refluye en la vejiga en bastante cantidad para dificultar ó impedir el orinar, y la *posicion conveniente del miembro*. Solo diremos dos palabras acerca de esta última precaucion; se debe poner y mantener el miembro levantado sobre el abdómen, pero sin comprimirle; por este medio se impide por una parte el flujo de sangre hácia el punto por donde se verifica la hemorragia, y por otra se favorece la formacion de pequeños coágulos que obstruyen los orificios por donde sale. Esta precaucion es principalmente necesaria en los casos de dislaceracion de la uretra.

ARTÍCULO II.

DERRAMES BLENORRÁGICOS Ó AFECCIONES BLENORRÁGICAS PROPIAMENTE DICHAS.

Estas afecciones comprenden: 1.° la blenorragia, y complicaciones expeciales en el hombre; 2.° la blenorragia genital y las complicaciones expeciales á la mujer; 3.° las complicaciones comunes á los dos sexos; 4.° la blenorragia anal.

1.° BLENORRAGIA GENITAL DEL HOMBRE.

La blenorragia genital del hombre comprende dos variedades, segun el sitio que ocupa: 1.° blenorragia *balano-prepucial*, cuando la enfermedad afecta á la mucosa balano-prepucial; 2.° la blenorragia *uretral*, cuando la enfermedad tiene su sitio en el conducto de la uretra.

Antes que entrar de lleno en el asunto, creemos conveniente exponer algunas consideraciones históricas, que nos pondrán en pleno conocimiento de la naturaleza de la enfermedad.

§ I.—**Historia**.

La blenorragia ha sido conocida desde la mas remota antigüedad. Moisés, que creia en el derramamiento seminal, dió al pueblo hebreo preceptos higiénicos excelentes, que Chabalier, antiguo interno de la Antiquaille, ha reproducido en su tésis inaugural (1). Herodoto (2) habla de la enfermedad de las mujeres, que la diosa Venus Urania envió á los escitas que habian entrado en su templo: Hipócrates ha-

(1) Chabalier, *Preuves historiques de la pluralité des affections dites maladies vénériennes* (*Hygiène et prophylaxie*. Paris, 1860).

(2) Hérodote, *Clio*, lib. I, p. 23, edicion francesa de 1594.

bla tambien de esta enfermedad. Celso (1) describe un derrame uretral, que se refiere á una ulceracion del conducto de la uretra. Pero los árabes y los arabistas son los que nos han dejado un número bastante considerable de escritos que tratan de este asunto. Mesue (2), Haly-Habbas (3), Rhazes (4), Avicena (5), Avenzoar (6), Albucasis (7), Bernard Gordon (8), Guy de Chauliac (9), Juan de Gasdenden (10), del décimo al décimoquinto siglo, nos han descrito sucesivamente esta enfermedad y la mayor parte de sus complicaciones con tal exactitud, que, como dice Rollet (11), bastarian para colocar estas descripciones al nivel de la ciencia, y para sustituir las denominaciones antiguas por las modernas.

Becket (12) recuerda los reglamentos á que estaban sujetas las casas de prostitucion de Lóndres, en virtud de los cuales *se prohibió* tolerar á las mujeres atacadas de *arsure*, ó sea de *blenorragia*. Estos reglamentos pertenecen al año 1430. Hénos aquí en la víspera de la gran epidemia sifilítica del siglo XV. Despues de todos los autores que hemos mencionado, el tratamiento es de los mas sencillos. La enfermedad se considera como local, y por eso nosotros no le reservamos mas que un tratamiento exclusivamente análogo.

En 1530 Simon Fistt presentó un informe á Enrique VIII, en el que decia *que los sacerdotes católicos todo lo contaminaban en el reino de Inglaterra por estar infestados de* BLENORRAGIA. Esta afeccion, como lo hace notar Rollet, ha sido, pues, una enfermedad vergonzosa en la época en que la sífilis estaba aun en sus principios y bastante bien caracterizada. Jacobo de Bethancour (13) refiere en 1517 una curiosa observacion, segun la cual la blenorragia se consideraba como una enfermedad distinta de la sífilis, entonces en grande escala, y siempre combatida por los médicos generales. Alejandro Benedictus describió la nueva enfermedad, en oposicion con la blenorragia antigua. Mercelus Cumanus, igualmente contemporáneo de la grande epidemia, distingue perfectamente la blenorragia de la sífilis; pero la prueba histórica mas completa de esta distincion radical se

(1) Celse, *De medicina*, lib. V.
(2) Mesue, *Summ. III*, part. IV, sect. 1.
(3) Haly-Abbas, *Theorices*, lib. IV.
(4) Rhazès, lib. X, cap. III.
(5) Avicenne, lib. III, fen, XX, XXI y XXIX.
(6) Avenzoar, lib. tr. III y t. IV.
(7) Albucasis, *Theoric. nec non practic*, tract. XXI, fol. 92 y 93.
(8) Gordonius, *Tabula practica*, part. VII, fol. 206.
(9) *Cirurgia* Guidonis de Chauliaco, tract. VI, doct. II.
(10) Gadesden, *Rosa anglica, practica medicinæ, a capite ad pedes*, lib. II, c. XVII, fol. 107.
(11) Rollet, *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1865, p. 200.
(12) Becquet, *Philosoph. Transact.*, vol. XXX, 1718.
(13) Jacq. de Bethencourt, *Nouveau carême de pénitence*. Paris, 1527.

explica por un pasaje de Paracelso (1), en el que, haciéndose cargo de las complicaciones de la sífilis, señala entre otras la *gonorrea*. De este modo se ve que la blenorragia ha existido en la antigüedad en estado endémico en el pueblo hebreo; en el estado esporádico en la sociedad griega y romana, y de la misma manera en la Edad Media, coincidiendo con el renacimiento.

Hácia el año de 1550 fué cuando tuvo lugar la confusion de las dos enfermedades; y los autores que convienen en señalar á Brassavole (2) como el primero que ha colocado la blenorragia entre los síntomas de la sífilis, convienen, á pesar de esto, en que existe una gonorrea que no es *sifilítica*. Pero Tomitanus (3) aseguró que diez años despues de Brassavole la blenorragia forma parte integrante del cortejo de la sífilis.

Los autores que aparecieron mas tarde, como Astruc (4), Fabre (5) y Hunter (6), todos ellos han admitido que la blenorragia puede producir la sífilis, reconociendo, sin embargo, que es una excepcion.

Bosquillon (7), el traductor de Bell, hace notar, apropósito de Fabre, que á medida que se avanza en edad, se está menos expuesto á la inoculacion de la blenorragia y de la sífilis. Apenas trascurrieron algunos años despues de la publicacion del tratado de Astruc, y en el mismo en que Hunter hizo la experimentacion, cuyo ensayo poco feliz, reconoció en sí mismo en 1767 un cirujano escocés, Balfour (8), publicó un libro, en el que hizo el diagnóstico diferencial entre la sífilis y la blenorragia.

En 1771 W. Ellis emitió la misma opinion (9). Tode (10) en 1774 y Duncan (11), en 1778, convinieron en el mismo modo de pensar. Benjamin Bell y Bosquillon (12), han coincidido en las mismas ideas.

(1) Aureoli Theophrasti Paracelsi Eremitæ, *Operum latine redditorum, etc.*, 1855: *De variol. gallic.*, lib. VIII, p. 293.
(2) Musæ Brassavoli, *De morbo gallico liber*. Venise, 1553.
(3) B. Tomitani, *De morbo gallico libri duo.*, cap. XII.
(4) Astruc, *Traité des maladies vénériennes*, 1755.
(5) Fabre, *Traité des maladies vénériennes*, 1775.
(6) Hunter, *Traité des maladies vénériennes*, p. 515.
(7) B. Bell., *Traité de la gonorrhée virulente et des maladies vénériennes*, traducido por Bosquillon. Paris, 1802.
(8) Balfour, *Dissertatio de gonorrœa virulenta*. Edimburgo, en 8.°
(9) W. Ellis, *An essay on the cure of venereal Gonorrhea*. Lóndres, en 8.°
(10) J. Clément Tode, *Vom Tripper in ansehung seiner natur und Geschichte*. Copenhague, 1774, en 8.°—*Nothige Erinnerungen für aerzte die den Tripper heilen wollen*. Copenhague, 1777, en 8.°—*Erleichterte kenntniss und heilung des Trippers* Copenhague y Leipzig, 1780, 3.ª edicion en 8.°, 1790, p. 460 y siguientes.
(11) Andr. Duncan, *Medical Cases, selected from the records of the public dispensary at Edinburgh: with remarks and observations*, etc. Edimburgo, 1788, 3.ª edicion, 1784, desde la pág. 270 hasta la 291.
(12) Bosquillon, *loc. cit.*

En 1812 apareció en Francia la obra de Hernandez (1), laureado por la Academia de Besanzon. Este autor reprodujo los argumentos de Bell; pero añadió, cosa esencial, experiencias decisivas, las cuales se han referido *á individuos* completamente sanos, y demostraron de este modo que la blenorragia se distingue perfectamente de la sífilis.

La verdad se corroboró experimentalmente cuando en 1826 todo mudó de aspecto. Jourdan negó, con la escuela fisiológica, la existencia de las enfermedades venéreas como especies distintas. Este autor no vió mas que uretritis y nada de blenorragia. La confusion mas grande reinaba en esta doctrina, cuando Ricord (2), en medio de ella, tuvo el mérito de restablecer las ideas de Hernandez y de adoptar el sistema experimental fundado por Hunter. Ricord distinguió de nuevo la blenorragia, proclamó el tratamiento puramente local, introduciendo el *speculum* en el estudio del flujo de las mujeres; pero considerando á la blenorragia, no como una enfermedad de contagio *expecial*, sino como una simple irritacion, una inflamacion comun, hallando para esto las mas variadas causas. Cullerier (3) admite tambien una blenorragia expecial, causada la mayor parte de las veces por el contagio; pero no distingue con bastante claridad esta blenorragia de las uretritis simples.

Paralelamente á esta doctrina, los médicos del hospital de San Luis han sostenido con Vidal (de Cassis) que la blenorragia puede engendrar la sífilis; pero la doctrina de Ricord prevaleció en la no identidad, á pesar de la imperfeccion de las experiencias verificadas sobre este punto, como lo veremos mas adelante. A partir de esta época, los autores han estado casi unánimes en distinguir claramente la blenorragia de la sífilis. Si los tratados publicados despues de algunos años sobre esta cuestion no bastan á esclarecer á los médicos que puedan aun hallarse en duda, á pesar de tantas pruebas acumuladas, no tienen mas que leer las páginas que Rollet (de Lyon) ha consagrado á la blenorragia inoculada en el reciente libro (4) que este autor acaba de publicar, y que nosotros compulsaremos detenidamente para la redaccion de este capítulo.

§ II.—Naturaleza.

Deberia aparecer supérfluo pretender aun demostrar la naturaleza de la blenorragia sobre si es ó no sifilítica. Sin embargo, cuando vemos que el mercurio se administra para combatir la blenorragia en los hospitales expeciales de Montpeller, en la mayor parte de los de provincia, y aun en algunos hospitales de Paris; cuando se ve lo que

(1) J. F. Hernandez, *Essai analytique sur la non-identité des virus gonnorrhéique et syphilitique*. Tolon, 1812, en 8.º
(2) Ricord, *Mémoires et observations*. Paris, 1834.
(3) Cullerier, *Des affections blennorrhagiques*. Paris, 1861.
(4) Rollet, *Traité de maladies vénériennes*. Paris, 1865, p. 204.

de todo esto queda de la enseñanza dada por los prácticos en la escuela del Mediodía (Montpeller), que sujeta á los blenorrágicos puros á un tratamiento constitucional específico, no puede sostenerse en un libro destinado á los prácticos el fijar bien la naturaleza de una enfermedad, cuyo tratamiento varía totalmente, ya se le considere como local ó como general.

Para demostrar la naturaleza de la verdadera blenorragia, para demostrar que cuando no hay coincidencia de sífilis primitiva ó secundaria, y que aquella no trasmite nunca sino la blenorragia y no la sífilis, entraremos en consideraciones, tendiendo á demostrar:

1.° Que la blenorragia es inoculable en los animales;

2.° Que la blenorragia inoculada no trasmite ni el chancro simple ni la sífilis;

3.° Que la blenorragia inoculada no engendra mas que la blenorragia.

4.° Que la blenorragia produce la blenoftalmía y recíprocamente.

1.° La blenorragia puede ser inoculada en los animales que no son susceptibles, como es sabido, de adquirir la sífilis; Rollet la ha inoculado con éxito en los ojos de un conejo, pero ha fracasado en la vagina de una perra. Florent, Cunier y Decondé han inoculado con frecuencia en el ojo de los animales la oftalmía belga, que no es otra cosa mas que la conjuntivitis purulenta blenorrágica.

2.° Registra la ciencia casos de inoculaciones que demuestran que la blenorragia no engendra ni el chancro simple ni la sífilis. En efecto, cuando el chancro simple aparece despues de la inoculacion de la blenorragia, es que hay coincidencia con las dos enfermedades. Por eso Ricord (1), en las inoculaciones que ha practicado, de 1831 á 1837 ha tenido ocasion de confirmar veintinueve veces la veracidad de la inoculacion, la presencia de la pústula característica del chancro simple, haciendo notar la coincidencia de un chancro larvado y de una blenorragia, dando así razon de la presencia de la pústula del chancro simple seguida de una inoculacion de pus blenorrágico. Hairion (de Louvain) ha hecho constar cuatro veces por la inoculacion la misma coincidencia en 1836; y Helot (2) cinco veces en 1840, puesto al servicio de Ricord. Ya desde el tiempo de Hunter, Bell habia comprendido y proclamado esta coincidencia, que tantos sucesores tenian que reconocer. El mismo Ricord no parece darse una cuenta exacta de este fenómeno por no haber visto mas que una parte de la verdad.

«El único medio riguroso de diagnóstico, dice él, es la inoculacion practicada sobre el enfermo con la lanceta. Toda blenorragia sometida á la inoculacion en sus diferentes fases sin dar resultado, no constituye mas que una afeccion simple é incapaz de comunicar la sífilis, sea primitiva en otro individuo, sea constitucional en el

(1) Ricord, *Traité de l'inoculation*. Paris, 1838.
(2) Hélot, thèse de Paris, 1840.

que es desde un principio afectado (1).» Esta experiencia ha sido incompleta; porque si ella distinguia la blenorragia del chancro simple, no ha probado de ninguna manera que la blenorragia no fuese de naturaleza sifilítica. Las experiencias de Hernandez (2), concebidas en el mismo sentido para determinar si la blenorragia puede ó no dar orígen á un chancro, son mas concluyentes, porque el experimentador ha tenido ocasion de practicar sobre los mismos enfermos la inoculacion verificada en los que se hallaban sanos. De este modo el resultado negativo de estas experiencias, permite, no solamente diferenciar la blenorragia de un chancro simple, como de la sífilis, porque, en este caso, Hernandez hácia una verdadera inoculacion, mientras que Ricord solo hizo mas tarde reinoculaciones.

3.° *Inoculaciones que demuestran que la blenorragia produce la blenorragia.*—Tode y Duncan habíanse precedido á Bell en la via de las inoculaciones de la blenorragia. Bell tuvo ocasion de ver dos estudiantes en medicina que se inocularon ambos el pus blenorrágico; el primero por medio de una planchuela de hilas, que fué impregnada y colocada entre el prepucio y el glande. El uno tuvo realmente una balanitis tardía, y el otro la tuvo desde luego, la cual inoculó en el meato urinario, y produjo una blenorragia del conducto. El primero, prosiguiendo en su experiencia, se inoculó el pus del chancro que introdujo en el conducto; sobreviniéndole un chancro que fué seguido de síntomas constitucionales.

Esta experiencia, de cuya relacion hemos dado el resúmen, prueba directamente que la blenorragia no da mas que la blenorragia, como el chancro da chancro. Estas experiencias son muy convincentes. Baumes (3), antiguo cirujano, jefe de la Antiquaille, las hizo análogas. Refiere que en Marzo de 1837, dos carpinteros le consultaron, y que uno de ellos le rogó que le inoculase en la uretra la blenorragia de su camarada que llevaba en su compañía, y que estaba en efecto atacado de esta enfermedad hacia ocho dias. El compañero enfermo dió fuerza á su demanda diciendo que despues de cuatro meses de habérsele cortado una blenorragia con la copaiba, sentia variadas molestias, expecialmente en la laringe.

Baumes introdujo una sonda acanelada á muy poca profundidad de la uretra del infectado, recogiendo la materia blenorrágica, y la cual inoculó en el otro. El inoculado tuvo una blenorragia bastante intensa, que comenzó cinco dias despues, y solo á los veinticuatro fué cuando cedió con una opiata astringente. Baumes cita además un hecho parecido que tuvo lugar en un cliente suyo á peticion de su médico.

Las inoculaciones hechas con un objeto terapéutico han sido

(1) Ricord, *Traité de l'inoculation*, p. 134.
(2) Hernandez, *Essai analytique sur la non-identité du virus gonnorphéique et syphilitique*. Toulon, 1812.
(3) Baumès, *Traité des maladies vénériennes*, t. I, 216.

muy numerosas. La practicada por Rodet (1), predecesor de Rollet en la Antiquaille, es de las mas detalladas; merece ser incluida aquí: «Un jóven de diez y ocho años, M..., contrajo una blenorragia, la que abandonó continuando haciendo excesos. El flujo disminuyó, los síntomas inflamatorios se disiparon; pero sobrevino en el testículo izquierdo, y despues en el muslo, una neuralgia que aumentó gradualmente de intensidad, y se irradió poco á poco á la íngle izquierda, y luego al muslo, extendiéndose, en fin, hasta la pantorrilla y hasta el talon del mismo lado.

«Entró en la Antiquaille el 2 de Junio de 1851, veintidos meses despues de la invasion de su blenorragia, que fué luego reducida á un estado insignificante de derrame... El 17 de Julio deposité en la fosa navicular la materia purulenta que yo habia tomado de otro enfermo, cuya blenorragia de un mes próximamente habia perdido su agudeza y llegado al estado subagudo.

»El resultado de esta inoculacion fué una blenorragia aguda que comenzó á aparecer dos dias despues, aumentó rápidamente de intensidad, y se acompañó bien pronto de dolores vivos al orinar, y de erecciones frecuentes y dolorosas. Pero á medida que esta blenorragia recorria su período creciente, los dolores neurálgicos tomaron una marcha decreciente. No desaparecieron por completo, pero se disminuyeron. El enfermo dejó la cama el 1.° de Octubre de 1851, curado de la blenorragia, pero conservando aun sus dolores neurálgicos, menos fuertes que antes de la inoculacion.»

Los oftalmologistas son quienes han completado las inoculaciones mas numerosas, mas variadas, mas contínuas y por lo mismo mas importantes, como se va á ver.

4.° *Inoculaciones que demuestran que la blenorragia produce la blenoftalmia y recíprocamente.*—Saint-Yves es el primero que ha hecho la historia de la conjuntivitis blenorrágica, tal como nosotros la conocemos (1702). Astruc (2) ha referido el ejemplo de este jóven, que por fortificarse la vista, se lavaba todas las mañanas los ojos con su misma orina, y contrajo una conjuntivitis blenorrágica. Delpech nos ha dejado la historia de una jóven que, lavándose por casualidad la cara con una solucion de acetato de plomo, por medio de una esponja, que habia servido en el tocador de un jóven atacado de gonorrea, contrajo una conjuntivitis purulenta. Mackenzie (3) cita tres ejemplos de la enfermedad trasportada de la uretra al ojo: dos individuos contrajeron esta enfermedad lavándose el pene, lo que ha motivado que una gota de moco-pus, en un caso, y una gota de orina en otro, penetrarse en el ojo y provocase la conjuntivitis purulenta. El autor inglés cita además el ejemplo de una madre que contrajo la enfermedad cuidando á su hijo, atacado de gonorrea. Florent

(1) Rodet, *Compte rendu du service chirurgical de l'Antiquaille*, 1855, p. 29.
(2) Astruc, *Traité des maladies vénériennes*, t. III, p. 166.
(3) Mackenzie, *On Diseases of the Eye*, p, 212.

Cunier (1); en 84 casos, señala 47 en que pudo averiguar la causa del mal, Cullerier (2) ha citado un notable ejemplo en el que el agente del contagio ha sido un ojo de esmalte. Rollet, en su clínica de la Antiquaille, ha visto cinco casos de conjuntivitis blenorrágica, cuya causa ha podido ser perfectamente establecida. La conjuntivitis purulenta de los recien nacidos le ha parecido ser de la misma naturaleza en la mayoría de los casos. Mahon (3), Sperino (4), y sobre todo Scarpa, Lawrence y la mayor parte de los prácticos convienen sobre esto de tal manera, que se puede decir que la blenorragia ocular de los recien nacidos, y la oftalmía de Egipto, parecen ser de una misma naturaleza. Esta última, endémica en muchas de las comarcas de Oriente, la contrajeron nuestros soldados á fin del último siglo en Egipto. Pero ha desaparecido felizmente con la vuelta de nuestras tropas, y quedó haciendo extragos en los soldados ingleses de las guarniciones de Malta, Gibraltar, etc.

En 1812, Jæger ensayó el tratamiento del *pannus*, por la inoculacion en la conjuntiva; y despues de este tiempo, el médico aleman ha tenido imitadores; la blenorragia ocular ha sido múy frecuentemente producida, ya con el pus de la oftalmía purulenta de los recien nacidos (Jæger y Prenger), ya con el de un flujo uretral. Hairion (27 veces), de 1844 á 1850; Warlomont (5) 30 veces en 30 casos depannus; Desmarres (11 casos) se ha servido en muchos del pus de blenorragia Nunca, en estos casos, habia señal de chancro simple ó de chancro sifilítico.

Inoculacion del ojo, á la uretra y á la vaginitis.—El célebre Wetch fué el primero que hizo esta experiencia en un soldado con oftalmía, de Egipto, causándole un flujo muy agudo.

Pauli de Landau (6), ha inoculado con éxito el pus de oftalmía purulenta de los recien nacidos á un hombre de treinta y seis años, produciéndole la blenorragia uretral. En 1854 renovó esta experiencia en la vagina de una mujer pública que tuvo una vaginitis blenorrágica. Su amigo Bettinger llegó á los mismos resultados, lo mismo que el profesor Thiry (de Bruselas). Por último, Guyomar (7), discípulo de Clerc, hizo en sí mismo en 1858 una experiencia, sirviéndose del pus de una conjuntivitis purulenta de un recien nacido, que dió á nuestro valeroso compañero la blenorragia mejor acentuada.

En todas las experiencias tan variadas como numerosas que se han hecho, no se ha visto que la blenorragia produjese mas que la blenorragia, sin dar jamás lugar á la evolucion del chancro simple, ó al desarrollo de la sífilis, lo que se explica por el cuidado que los expe-

(1) Florent Cunier, *Annal. d'oculistique*, t. XVI.
(2) Cullerier, *Affections blennorrhagiques*, 1861, p. 166.
(3) Mahon, *Traité de la mal. vén. chez les nouveau-nés*. Paris, 1810, p. 55.
(4) Sperino, *De la syphilisation*, p. 536.
(5) Warlomont, *Du pannus et de son traitement*, p. 79.
(6) Pauli, *De la nature de l'ophtalmie d'Égipte*. Wurzbourg, 1858.
(7) Guyomar, thèse de Paris, 1858, p. 45.

rimentadores han puesto en no tomar de individuos con chancro simple ó de sífilis, al mismo tiempo que de blenorragia. Estas consideraciones bastan, sin entrar en mas detalles, para hacer que el práctico se fije en la naturaleza de la blenorragia y para demostrarle que cuando esta parece demostrar otra cosa, es que hay coexistencia, sea de un chancro simple, sea de sífilis. Entremos ahora en materia, y describiremos la blenorragia genital del hombre.

1.° BLENORRAGIA BALANO-PREPUCIAL.

La blenorragia balano-prepucial comprende: 1.° la blenorragia balano-prepucial propiamente dicha (ejemplo observado de Bell), y 2.° de los flujos blenorróideos de la mucosa balano-prepucial. La primera es relativamente rara.

Vamos á trazar su historia, reservándonos señalar los segundos en la division que les corresponde en este capítulo.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La blenorragia balano-prepucial, llamada en algunas ocasiones *gonorrea bastarda*, *gonorrea externa*, *falsa gonorrea*, *arsure del glande*, es hoy mas generalmente conocida con el nombre de *blenorragia balano-prepucial* ó *balano-postitis*. Cuando la mucosa del glande es la sola afectada, se presenta la balanitis; cuando es del prepucio, la postitis.

La blenorragia *balano-prepucial* está caracterizada por un flujo contagioso, mas ó menos abundante de la superficie del glande y del prepucio y de la misma naturaleza que la blenorragia uretral.

La blenorragia balano-prepucial ó balano-postitis, ha sido conocida en todos los tiempos. Mejor estudiada por Desruelles (1) en sus últimos años, y por Ricord, acaba de ser por Alfredo Fournier objeto de un importante trabajo (2). Hacemos apropósito este artículo, que reasume la práctica de Ricord y su enseñanza.

§ II.—Síntomas.

Cullerier ha trazado muy bien los caractéres de esta enfermedad. Cuando la balano-postitis reconoce por orígen la verdadera blenorragia, hé aquí los síntomas que presenta. En general, como en la blenorragia uretral, los síntomas se manifiestan muy agudos. Estos son desde luego sensaciones particulares en el glande, un sentimiento de prurito ó de comezon, un eretismo general que puede causar erecciones mas ó menos penosas; el glande está uniformemente rojo, pero

(1) Desruelles, *Traité des maladies vénériennes*, 1834.
(2) Alfred Fournier, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris, 1866, t. IV, artículo BALANITE.

el color es mas ó menos acentuado cuanto mas se acerca á la ranura, que parece ser el sitio expecial de la enfermedad: la intensidad del color inflamatorio va en disminucion del color, á medida que se aproxima al orificio uretral. Cuando el enfermo quiere descubrir el prepucio, experimenta un cierto dolor de la mucosa; la parte interna está menos lubrificada y mas seca.

Este estado puede durar algunos dias; viene despues una secrecion mucosa, despues muco-purulenta, y en fin, francamente purulenta. En este momento el glande está mas rojo, las papilas se estiran bajo una forma concéntrica: en otras circunstancias el glande, en lugar de estar rojo en toda su extension, presenta solamente una rubicundez muy viva en la ranura y placas de un rojo vivo en el resto del órgano, placas que Ricord comparó con mucha oportunidad á la superficie de un vejigatorio. Estas placas son tanto mas acentuadas cuanto mas se acercan á la ranura, donde la superficie del glande está como ulcerada, y las que van disminuyendo de número y de intensidad á medida que se aproximan al orificio uretral.

La extremidad del pene está las mas de las veces edematosa. El miembro se pone muy turgente, con surcos rubicundos, indicando que los vasos linfáticos están afectados. Algunas veces tambien se apercibe sobre el dorso del miembro un cordon nudoso, que se ha tomado hasta Ricord por una *flebitis dorsal* del miembro, y que no es otra cosa mas que una *linfagitis*. A esta época de la enfermedad los gánglios están afectados sintomáticamente, hinchados y dolorosos, siendo muy raro que lleguen á supuracion.

Ordinariamente la intensidad de la blenorragia *balano-prepucial* se extingue con la misma facilidad que se desarrolla: ocho ó diez dias bastan para verla en su apogeo, y despues decrece con rapidez. Sin embargo, la mucosa del prepucio está en general atacada como la del glande: su superficie es mas uniformemente roja que esta; pero con una tendencia ligera á durar mas tiempo cerca del orificio prepucial. La inflamacion puede ser llevada bastante lejos para producir exulceraciones de la mucosa, y tambien ulceraciones verdaderas, segun lo afirma Cullerier (1).

Melchor Robert (2) cree que la duracion de esta enfermedad es tanto menos larga, á medida que la abertura del prepucio es mas ancha.

Si todos los fenómenos pueden ser observados en los individuos que tienen el glande habitualmente descubierto, serán mas acentuados aun en aquellos que tienen el glande ordinariamente cubierto, ó que están atacados de fimosis. Porque esta complicacion, reteniendo la materia llamada sebácea, favoreciendo el contacto de la orina con las acumulaciones de *epitelium*, de que se compone el

(1) Cullerier, *loc. cit.*, 184.
(2) Melchior Robert, *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1861.

smegma, sostiene la enfermedad, desarrollando á cada instante las causas de irritacion.

Cuando la enfermedad decrece, se manifiesta por un flujo menos consistente, de un color mas pálido, menos abundante. Tal es la marcha de la enfermedad, cuando la blenorragia balano-prepucial es debida al contacto del pus de la verdadera blenorragia. Está caracterizada en general por un estado mas agudo que en los flujos blenorróideos, es decir, en los flujos que reconocen una causa extraña al pus blenorrágico contagioso.

Pero se puede pasar al estado crónico, y durar semanas y meses enteros, por la negligencia de los enfermos, la falta de limpieza, ó de excesos de diversa naturaleza, marcha, fatiga, falta de régimen, y, como dice Fournier, este estado se perpetúa por una porcion de recaidas subagudas, correspondiendo á cada nueva imprudencia del paciente. Despues de haber señalado la forma crónica, debemos señalar una valanitis intersticial ó profunda, ocupando además la mucosa del glande y los tejidos subyacentes. Fournier (1) ha descrito una variedad como nueva. «Segun los casos que yo he observado, dice él, véase cuál es el estado de las partes: la mucosa se inyecta, se arboriza, se siembra de puntos de un rojo oscuro; sus papilas se estiran, fenómeno el mas importante, indurándose en toda su superficie; el glande parece estar cubierto de una especie de pergamino, que se resiste ó pliega bajo el dedo; su superficie está desigual, seca, cubierta de fragmentos furfuráceos, y muy semejante á la ictiosis; á veces tambien expecialmente sobre los puntos cubiertos por el prepucio está húmedo, agrietado ó con exulceraciones irregulares, análogas á las de la balanitis superficial. Esta induracion tan singular de la mucosa no es debida, segun toda probabilidad, mas que á las exudaciones inflamatorias depositadas en el seno mismo de los tejidos enfermos. Esta forma de balanitis, segun Ricord *(Communic. orale)*, se observa sobre todo en los individuos dartrosos.»

Las complicaciones son la fimosis, la parafimosis, la linfitis, la adinitis, la gangrena, la blenorragia uretral, la sífilis (placas mucosas), el chancro indurado, en fin, el chancro simple.

Fimosis.—Esta es una complicacion muy comun en la blenorragia balano-prepucial, como ya lo hemos hecho notar. En efecto, en los individuos que descubren fácilmente el glande, pero que no tienen cuidado de limpieza, y no observaban bien el régimen, la piel del prepucio está caliente, roja, dolorosa; el tejido celular sub-prepucial se infarta, y produce una expecie de edema; todos los tejidos pueden asímismo hincharse en este sitio, en el que pueden manifestarse síntomas de extrangulacion. El glande, sumamente tumefactado en la cara interna del prepucio, puede mortificarse en cierta extension, la

(1) Alfred Fournier, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. París, 1866, t. IV, artículo BALANITE, p. 520.

escara se desprende y el glande pasa de un sitio á otro, presentando por sus nuevas relaciones con el prepucio una forma bifurcada extremadamente curiosa, de la que Rollet señala ejemplos en su última obra (1).

Bajo la influencia de este edema, el prepucio se retuerce algunas veces en su extremidad, y la secrecion irrita cada vez mas los bordes que presentan un color rojo vivo y una superficie dolorosa, en el momento de orinar.

Parafimosis.—Se observa en los individuos de prepucio corto, por resultas de la extension de la inflamacion, ó por las tracciones intempestivas del enfermo.

Linfitis.—Nada diremos aquí de esta complicacion que hemos debido señalar, sin embargo, en el curso de la descripcion; pero ya hablaremos de ella al tratar de las complicaciones de la blenorragia uretral.

Diremos, sin embargo, que no es comun. No hablaremos tampoco de la adenitis, que, como la complicacion precedente, no presentaria aquí nada de especial; pero debemos decir una palabra sobre la gangrena.

Gangrena.—Esta puede afectar, sea el prepucio, sea el glande. Sobreviene mas bien en las personas dadas á las bebidas alcohólicas. Es mas pavorosa que temible, porque se limita de buen grado.

Cuando invade el prepucio, se concreta en general al límite del repliegue de la mucosa, respetando mas particularmente el frenillo, segun Ricord; de tal manera, que los enfermos parecen, despues de la eliminacion de la escara, como circuncidados. Acabamos de decir que la gangrena puede afectar el prepucio por presion recíproca de las partes inflamadas. En un jóven de veinticinco años, que tuvo una perforacion del prepucio en uno de los casos descritos anteriormente, una escara invadió en otro toda la superficie del glande, despues el meato urinario, hasta los cuerpos cavernosos, y desprendiéndose despues, descubrió una nueva superficie, cubierta de granulaciones rojas, de buena apariencia, y que se cicatrizaron prontamente. La escara, una vez desprendida, presentaba una cara interna cóncava, unida al interior, en relacion con la superficie convexa y granulosa del glande; tenia un orificio perfectamente regular al nivel del meato urinario; presentaba la cuarta parte del espesor del glande. Esta última parte parecia considerablemente aminorada, conservando su forma en las proporciones mas pequeñas.

La blenorragia uretral puede coexistir con la balano-prepucial. Cuando la blenorragia balano-prepucial está complicada de blenorragia uretral, es generalmente porque la blenorragia balano-prepucial ha inoculado el meato por continuidad. En las cifras que han sido suministradas como indicando el grado de frecuencia de la coexisten-

(1) Rollet, *loc. cit.* p. 22.

cia de las dos enfermedades, tenemos que se ha confundido la verdadera blenorragia balano-prepucial que nos ocupa (que es relativamente rara), con aquella muy comun, que es y queda limitada á la ranura del glande, y que es causada por la irritacion producida por la presencia del smegma, y que, por esta razon, se debe clasificar en la primera seccion de los flujos blenorróideos. Hechas estas reflexiones, decimos, que sobre 327 casos de blenorragia en el hombre, Sigmund (1) ha notado 59 casos de blenorragias balano-prepuciales y de blenorragias uretrales simultáneas. Pero, como observa Rollet, el verdadero asiento de la blenorragia balano-prepucial es la ranura; el sitio de la uretral es la fosa navicular, de tal modo, que las dos enfermedades quedan habitualmente separadas por un intervalo de mucosa sana Hemos citado la opinion de una persona muy autorizada, pero creemos en oposicion á Rollet, que en la verdadera blenorragia balano-prepucial está afectada toda la superficie del glande, y que el intervalo sano, señalado por el Cirujano de Lyon, no existe mas que en el flujo blenorróideo de forma inflamatoria. Las complicaciones mas importantes son las del chancro simple y de la sífilis.

Los chancros simples sub-prepuciales, pueden coexistir con la balano-postitis y hacerse chancrosas, por inoculacion de aproximacion, de las superficies ya desprovistas de epitelium. El chancro sifilítico y lasplacas mucosas pueden tambien coexistir; todas estas lesiones suscitan alrededor de ellas un trabajo de secrecion mucosa mas abundante, que puede simular un flujo balano-prepucial, pero no hay que confundir la naturaleza con la de la balano-postitis propiamente dicha sea simplemente inflamatorio, ó sintomática de un chancro simple, ó de uno sifilítico.

Consecuencias de la enfermedad.—Son estas:

1.° Las vegetaciones, que reconocen por causa el contacto irritante del flujo sobre las papilas, tan numerosas como sensibles, de que el órgano está provisto. Hablaremos apropósito de las complicaciones de la blenorragia comunes á los dos sexos.

2.° Las *adherencias* entre la mucosa del glande y del prepucio, adherencias tales que algunos cirujanos, Cullerier, y Desruelles, han decidido emplear el bisturí para romperlas y bastando otras interponer la uña para conseguir esto mismo.

3.° El *edema* crónico del prepucio de que felizmente hay casos raros. Está caracterizado por una tumefaccion edematosa del prepucio que sucede á las blenorragias balano-prepuciales un poco intensas. Este edema concluye por tomar como una consistencia escirrosa, necesitando la intervencion del arte, la circuncision, que no vamos á describir aquí.

En fin, si la fimosis es una causa predisponente á la blenorragia

(1) Sigmund, *Aertzlicher Bericht*. Wien, 1861, p, 124.

balano-prepucial, es algunas veces la consecuencia de la enfermedad, sobre todo en los niños y en los viejos (1).

§ III.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—Estas son: el período de la juventud, el temperamento linfático, la tenuidad de la mucosa; pero sobre todo la dificultad y aun la imposibilidad que tienen algunos de descubrir, que es lo que A. Fournier llama el *estado cubierto* del glande. Este autor insiste mucho sobre este estado, y no es sin razon, porque el *smegma* acumulado puede dejar el glande despellejado, y por consecuencia mejor dispuesto á la inoculacion que la mucosa uretral cuyo *ipitelium* está intacto en el momento del cóito infectante. La fimosis no es, pues, mas que una causa predisponente. La materia llamada sebácea está retenida en el surco balano-prepucial, sobre todo en los hombres que no tienen ningun cuidado de limpieza. Este *smegma*, calificándolo por su nombre, no está provisto por otra cosa que por las células epiteliales de la mucosa glando-prepucial y no por el producto de las glándulas sebáceas (2). Este último se putrifica adquiriendo un olor *sui generis*, análogo al del ácido butírico; bajo la influencia de este contacto, la mucosa glando-prepucial se encuentra de mas en mas desprovista de su *epitelium* y se aproxima á las condiciones de delgadez que presenta la mucosa uretral misma, es decir, que llega un momento en que está abierta al contagio mas pronto que la mucosa uretral. Se comprende entonces que el pus blenorrágico no necesita mas que ponerse en contacto para que el contajio se efectúe. Por el contrario, los que tienen el glande descubierto no tienen por rareza mas que algunos despojos de *smegma* en el repliegue balano-prepucial, el *epitelium* que recorre la mucosa queda casi siempre intacto; de aquí la extrema rareza de la blenorragia balano-prepuciai en estos últimos, y es así como se comprende que el glande, que está mas expuesto que el conducto de la uretra en las aproximaciones sexuales y deberia ser contagiado de pronto por las causas de inoculacion que acabamos de decir.

2.° *Causas ocasionales.*—La causa ocasional por excelencia de la blenorragia balano-prepucial es el contagio.

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—Dos casos pueden presentarse, ó el glande puede ser descubierto, ó bien existir un fimosis que esconda el sitio de la enfermedad. Cuando el glande puede ser descubierto, el diagnóstico diferencial se hará fácilmente. No se confundirá, pues, la balanitis

(1) Cullerier, *loc. cit.*, p. 181.
(2) Que no existen en las regiones en donde se produce el *smegma*.

con las desgarraduras mecánicas que sobrevienen durante el cóito, que son mas bien formadas por escoriaciones lineales que por superficies; con vexículas rotas de las herpes, que no tienen inflamacion circunvecina; estas están siempre agrupadas; con el chancro simple, en que los bordes son cortados en pico, en tanto que la balanitis en su grado mas elevado de ulceracion, no alcanza iguales proporciones en profundidad.

Otro signo diferencial puede existir, y es la presencia de un bubon chancroso. En fin, la inoculacion será el signo diferencial con un chancro simple, y la induracion será la del chancro sifilítico; porque la induracion de los bordes es característica, aun en los casos de erosion chancrosa. La adenopatía indolente de la íngle es un buen signo distintivo. Algunas veces, cuando el chancro sifilítico está bajo la forma de erosion chancrosa, y que está detrás de la corona, simula una ulceracion no específica de la mucosa, y se parece exactamente á ciertas balano-postitis inflamatorias, que Bassereau (1) no ha podido explicar por otro criterio que por el de la inoculacion, para establecer el diagnóstico. Alfonso Guerin (2), en su libro sobre las enfermedades de los órganos genitales externos de la mujer, se ha pronunciado contra esta teoría de Bassereau, diciendo que si una balanopostitis puede simular en estos puntos un chancro infectante, es un argumento poderoso en favor de la doctrina de la identidad, de la cual Bassereau no es, sin embargo, partidario. Pero desde el momento que por la inoculacion se puede obtener la pústula característica del chancro simple, se ve claramente que Bassereau no tiene, como dependientes á la balano-postitis incapaces por sí mismas, cuando no son complicadas, de producir, sea el chancro simple, sea el chancro sifilítico. Si sobre 170 enfermos ha llegado Bassereau 10 veces en un caso y 14 veces en otros dependientes de los chancros inoculados, es que habia chancros mixtos, cuyo elemento simple se revelaba por la inoculacion, y el elemento sifilítico por los fenómenos consecutivos.

No hay, pues, en esto ningun error de *observacion*, como lo ha creido Alfonso Guerin: él mismo ha tenido ocasion de admirar que este autor, que admitió el chancro misto, no haya pensado en la sola explicacion de que son susceptibles los hechos referidos por Bassereau.

Si el glande está cubierto, las dificultades aumentan: sin embargo, hay casos intermediarios. O el glande se queda demasiado descubierto, de tal manera que quede al descubierto el orificio uretral, ó bien el glande está completamente recubierto, y no permite apercibir la extremidad del conducto de la uretra. En el primer caso se puede ver salir una gota por el orificio uretral, y el diagnóstico queda es-

(1) Bassereau, *Traité des maladies de la peau symtomatiques de la syphilis*. Paris, 1852.

(2) Alph. Guerin, *Maladies des organes génitaux externes de la femme*. Paris, 1864, p. 333.

tablecido. Si el glande está completamente recubierto, la secrecion purulenta, pasando por la parte interna del prepucio, lo irrita y da al enfermo la sensacion de una quemadura en el acto de la miccion. Esto sucede sobre todo en los individuos que tienen el prepucio muy largo y el orificio del conducto de la uretra muy estrecho, de tal modo que la orina pasa por un conducto muy estrecho. El práctico debe enterarse con cuidado de la sensacion precisa experimentada por el enfermo, para no confundir un flujo que viene de la uretra con el que viene de la mucosa balano-prepucial. El tratamiento de la balano-postitis, que es muy importante, esclarecerá al poco tiempo al práctico.

Si es dependiente de una blenorragia, los dolores al orinar se harán sentir en una extension mas ó menos grande del conducto solamente en su extremidad. Pero por poco que se haya extendido la blenorragia, los dolores se irradiarán hasta la region perineal.

Un chancro indurado sub-prepucial no se confundirá con la balano-postitis, porque no obstante, el pus que fluye por los bordes de la abertura prepucial, una mano diestra sentirá siempre la induracion específica á través de los tejidos, y la adenitis concomitante é indolente servirá para completar el diagnóstico. Si la secrecion es suministrada por placas mucosas, el flujo es en general menos abundante, y la diátesis se manifiesta probablemente por otros signos. Estas placas son redondeadas en general.

Pronóstico. La balano-postitis es una enfermedad ligera, pero se hace mas peligrosa cuando pasa al estado crónico: en estos mismos casos el tratamiento es muy eficaz. En fin, el pronóstico no puede adquirir gravedad, sino en el caso de gangrena; sea del prepucio, sea del glande, sea de los dos órganos á la vez.

§ V.—Tratamiento.

Es profiláctico, abortivo ó curativo.

Tratamiento profiláctico.—Los individuos que tienen el glande cubierto tienen necesidad de limpiar con cuidado la materia sebácea, que tiende á acumularse en el surco balano-prepucial, pues abandonando este cuidado se exponen á tener el glande escoriado y preparado á la inoculacion.

Despues de un cóito con una mujer sospechosa, debe recurrirse á una ablucion concienzuda. Pero el medio profiláctico por excelencia es el *condon*, como para la blenorragia uretral.

Tratamiento abortivo.—Nos referimos á Rollet, que lo ha formulado en estos términos:

«La blenorragia balano-prepucial se presta muy bien á la medicacion abortiva, y que consiste en pasar el lápiz de nitrato de plata sobre la parte enferma. En los individuos cuyo prepucio no es realmente estrecho, que no puede ser invertido detrás del glande, de

modo que permita á la mucosa mostrar toda su extension, hé aquí cómo debe ser practicada esta cauterizacion.

Despues de la operacion preliminar, que tiene por objeto invertir el prepucio de este modo y desdoblar la mucosa balano-prepucial, debe lavárse con mucha agua la parte enferma, para desembarazarla de la materia purulenta que la recubre, secándola con cuidado por medio de pequeños clavos de hilas, pasando rápidamente por su superficie el lápiz de nitrato de plata. Se hace inmediatamente un segundo lavatorio, y cuando las partes están de nuevo secas, se baja el prepucio, llevándolo delante del glande.

Una parecida cauterizacion, bien que hecha muy rápidamente y muy superficial, no deja de causar vivos dolores, durante muchas horas, por no haber, se puede decir, mucosa mas sensible que la del repliegue balano-prepucial, cuando está inflamada y desprovista de su epitelio. Pero pasados estos primeros dolores no hay mas que una reaccion inflamatoria ligera, y al cabo de tres ó cuatro dias ya no existe flujo. La cauterizacion es, pues, en este caso un remedio heróico. Ella cura desde el principió, ó bien alivia de tal modo la enfermedad, que los medios mas sencillos bastan despues para curarla definitivamente.

Tratamiento ordinario.—Los medios internos que tienen accion en la marcha de la blenorragia uretral, son aquí completamente nulos. El tratamiento debe ser exclusivamente local, á no ser que haya complicaciones, que es necesario tratar al mismo tiempo que la balano-postitis.

Blenorragia balano-prepucial sola.—El glande puede estar descubierto ó no. Si puede ser descubierto, la condicion mas importante de realizar es el *aislamiento de las superficies*, que se practicará llevando el prepucio detrás del glande, y que se llevará adelante, despues de haber interpuesto un lienzo fino ó una ligera capa de algodon en rama. Esta sola precaucion no basta para la curacion de la blenorragia balano-prepucial, como basta para algunos flujos blenorróideos. Aquí la inflamacion, siendo mas ó menos intensa, es necesario procurar modificar las superficies purulentas por medio del resolutivo por excelencia, el nitrato de plata en solucion. A este efecto se puede emplear la solucion siguiente indicada por Rollet:

R. Nitrato de plata....... 40 centígr. | Agua.................. 120 gram.

Rollet aconseja practicar inyecciones con el líquido entre el glande y el prepucio una vez por dia. El enfermo podrá aun hacer una inmersion rápida de las partes enfermas en este líquido.

El aislamiento de las superficies, no pudiendo obtenerse en los individuos atacados de un fimosis congénita ó accidental, á consecuencia del edema del prepucio, Alfredo Fournier aconseja modificar el tratamiento del modo siguiente: «Muchas veces en el dia inyeccion de agua entre el glande y el prepucio, para quitar las mate-

rias purulentas que se detienen sobre las superficies enfermas y que contribuirán á aumentar la irritacion de las partes. Estas inyecciones serán practicadas, sea con una jeringa de cánula larga, sea con una sonda de caoutchouc adaptada á la cánula de una jeringa ordinaria. Dos ó tres veces por dia, segun los casos, háganse despues de estas inyecciones detersivas una inyeccion de nitrato de plata, en las proporciones siguientes:

Agua destilada.........	200 gram.	Azotato de plata.........	4 gram.

Teniendo cuidado, para que el líquido de la inyeccion bañe todas las partes enfermas, de colocar debajo del prepucio la cánula de la jeringa, *lo mas alto posible*, es decir, hasta el nivel del surco ó ranura. No hacer mas que dos, porque una de estas inyecciones por dia, indica cuando la mejoría se manifiesta. Reemplazarlas mas tarde por algunas inyecciones ligeramente astringentes ó simplemente acuosas.»

En el caso en que el fimosis no es mas que *inflamatoria*, estas prácticas continuadas durante algunos dias son suficientes algunas veces para permitir el descubrimiento del glande y practicar luego el aislamiento tan útil para la curacion. Si la enfermedad tiene tendencia á pasar al estado crónico, cauterizacion con el nitrato de plata sólido, además de la misma medicacion que hemos aconsejado en el estado agudo: baños enteros simples, y sobre todo baños medicamentosos locales, con una decoccion de adormideras, ó ligeramente astringentes, como la de Provins.

Se envolverán las partes en líquidos resolutivos; evitar las cataplasmas sobre el miembro, que le mantendrán en una semi-erecion, baños de asiento, que puedan congestionar la pélvis.

Un tratamiento de esta enfermedad, y sobre el que Demarquay ha insistido en su *Tratado sobre la glicerina*, consiste, cuando se ha calmado el estado agudo, curar el glande y la mucosa prepucial con la uña impregnada del glicerolado, siguiente:

R. Glicerina inglesa.....	30 gram.	Tanino.................	1 á 2 gram.

Demarquay ha visto esta enfermedad, pasando al estado crónico ceder prontamente bajo la influencia de este de tratamiento.

Ya hemos visto el criterio que nos debe guiar en el caso de fimosis flegmonosa; por poca extrangulacion que haya, amenaza gangrena, siendo entonces preciso el apresurarse á desbridar. Ricord ha sido otras veces muy reservado antes de decidirse á esta operacion; él ha creido en la posibilidad (1) de hallar un chancro debajo del prepucio. Semejantes temores no tienen razon de ser hoy dia, porque la ex-

(1) Ricord, *Bulletin de thérapeutique*, 1843.

periencia enseña que si los bordes de la herida accidental se hacen chancrosos, se curan tan pronto como el chancro por sí mismos.

Es bueno intentar la reduccion por maniobras dolorosas y graves, y si el edema del prepucio formase un obstáculo á la reduccion, en esta circunstancia se le podria desobstruir con la ayuda de pequeñas punciones, sea con una aguja, ó la punta de una lanceta.

Las lociones, los baños, los astringentes, pueden emplearse alternativamente para intentar la reduccion; si no se puede conseguir, se quita la extrangulacion con el bisturí.

La *linfitis* exige que se tenga el miembro levantado y que se envuelva en compresas resolutivas, por ejemplo, embebidas en agua de Goulard.

Por lo demás, volveremos á tratar sobre estas complicaciones y su tratamiento apropósito de la historia de la blenorragia. Esta advertencia se dirige tambien á lo que vamos á decir del tratamiento. Sin embargo, diremos una palabra del tratamiento de las complicaciones del chancro simple ó de la sífilis. Si el glande puede ser descubierto, se cauterizará el chancro simple con un disco de cloruro de zinc; en el caso contrario, circuncision, y despues cauterizacion del chancro simple, como ya hemos dicho. Si hay una lesion sifilítica, *Tratamiento constitucional* (véase, tomo I. sífilis.

2.° BLENORRAGIA URETRAL, GONORREA, GLAP, PURGACIONES, ETC.

§ I.—Definicion.

La blenorragia uretral está caracterizada por la inflamacion de la cara interna del conducto de la uretra, con flujo purulento por el meato, y dolor mas ó menos vivo al paso de la orina. Tal es la definicion de Cullerier (1). Nosotros añadiremos que el flujo de la blenorragia es contagioso y que este es su carácter esencial.

§ II.—Síntomas.

Estudiaremos el período de invasion, el de progreso y de declinacion.

Período de invasion.—¿Existe ó no incubacion? Hunter dice que ha visto seguir la enfermedad en circunstancias parecidas algunas horas despues del momento del contagio. Ha visto, por otra parte, un hombre no ser atacado de la enfermedad sino al cabo de seis semanas; el cirujano inglés sostiene haber observado todos los términos medios entre los dos datos. Los especialistas han hecho observaciones análogas. Procuremos conciliar los hechos.

(1) Cullerier, *Des affections blennhorrhagiques*. Paris, 1861.

Para que la inoculacion tenga lugar, es necesario que el pus contagioso llegue sobre la mucosa despojada de su epitelium; este despojamiento puede verificarse de dos maneras, ó bien en el acto del cóito, se produce una pequeña rasgadura sobre la mucosa uretral, y por consecuencia el epitelium se separa por este solo hecho, en una extension tan mínima como se quiera, pero que bastará para la inoculacion completa; ó bien el pus contagioso, por su presencia sobre la mucosa intacta del conducto y por su permanencia en el punto que ocupa, juega respecto á la mucosa el papel que llena la materia sebácea de la ranura sobre la mucosa balano-prepucial, es decir, se adelgaza hasta el punto de separarse el epitelium protector. No repugna de ningun modo el admitir que el epitelio de la mucosa uretral de ciertos individuos sea mas resistente que el epitelium uretral de otras. De aquí las diferencias observadas por Hunter y los médicos que le han seguido.

En el caso de rasgadura, al contrario, el contagio se efectúa sobre el campo, pues que no encuentra mas obstáculo que el epitelium, y si hay diferencias de algunos dias entre las inoculaciones de ciertos enfermos, es que unos hacen partir la invasion de la enfermedad del dia en que se muestra el flujo, en tanto que otros lo hacen invadir por síntomas iniciadores que se escapan á los hombres descuidados, síntomas tales como la sensacion agradable durante la miccion, sensacion que precede algunos dias al flujo mucó-purulento.

Tambien, para aclarar esta cuestion, no hay mas que el método experimental. Y bien; ¿qué nos enseña la experimentacion? Ella nos enseña que se han intentado inoculaciones en el conducto de la uretra, lo mismo con el pus tomado de una blenorragia uretral, como en el de la oftalmía blenorrágica, de los adultos ó de los recien nacidos, y que en los unos, como en los otros, no se demuestran las largas incubaciones que han sido descritas por los autores. En general, uno, dos ó tres dias bastan para manifestarse la enfermedad. Así es que, en las inoculaciones practicadas en el conducto de la uretra, hemos visto á Baumes obtener un resultado unas veces al cabo de cinco dias, y otras al cabo de ocho. Aquí es donde nosotros debemos hacer notar que los dos enfermos se marcharon despues de la inoculacion, que no estaban en el hospital, y por lo tanto, sin vigilar, y que los primeros signos de la enfermedad han podido ocultarse á hombres que no consideran la enfermedad como empezada, sino cuando el flujo está bien establecido.

En la experiencia de Rodet, el resultado se ha obtenido al cabo de dos dias.

En las inoculaciones del ojo al conducto de la uretra, Wetch ha obtenido un resultado al cabo de treinta y seis horas; Pauli, al tercer dia; Guyomar al segundo. En esta última, el pus contagioso habia sido tomado de la oftalmía purulenta de un recien nacido.

En cuanto á la blenorragia inoculada en el ojo, se desarrolla sin

incubacion, ó poco despues. Hé aquí lo que dice Warlomont (de Bruselas).

«Despues de un tiempo que ha variado de diez y seis á veinticuatro, treinta y seis y aun setenta y dos horas, lo mas frecuente hasta veinticuatro, el paciente se resiente del ojo de fotofobia y lagrimeo, síntomas iniciales de la blenorrea (1) que se declara.»

Así, pues, nada de incubacion en el sentido que lo entiende Aug. Vidal (de Cassis).

Cuando el enfermo es prevenido, se advierte de la invasion de la enfermedad por un cierto calor agradable que siente durante la miccion. Los labios del meato se hinchan, se pronuncian por mas tiempo, de manera que hace un poco de exuberancia hácia fuera, lo que es debido á una congestion sanguínea de la mucosa, y se ponen como pegados. El glande experimenta un cierto eretismo que se trasmite al miembro, si bien el órgano se halla en un estado de semiereccion. Sin embargo, el mucus normal de la mucosa, claro, trasparente, viscoso, aumenta y pasa sucesivamente del estado seromucoso al estado seroso y despues sero-purulento. Mas la inflamacion está circunscrita, y en los primeros dias no se extiende sino á la mucosa de la fosa navicular, y no ocupa mas que la capa mas superficial.

Estos fenómenos no tardan en aumentarse por mas tiempo. A la sensacion agradable del principio, sucede una comezon durante la miccion, despues un verdadero dolor; los labios del meato están un poco turgentes; el flujo viene mas abundante y mas espeso, cambia de color y toma el aspecto de moco-pus, siendo sucesivamente blanquecino, amarillento, verdoso, y sale gota á gota babeando y depositando sobre el lienzo manchas del mismo color que el almidonado por la desecacion.

Periodo de progreso.—Es en el quinto dia cuando la enfermedad ha llegado á este punto; y abandonada á sí misma, recorre todos estos períodos.

En lugar de quedar localizada en la fosa navicular, se extiende en superficie, algunas veces abandonando, á manera de la erisipela, los puntos que habia ocupado. Los tres principales sobre los que fija su predileccion, son: la fosa navicular, la porcion bulbosa y la porcion prostática.

Pero gana tambien en profundidad, y no es solamente la parte mas superficial de la mucosa la que se ve atacada, sino la mucosa en todo su espesor, así como las glándulas que la atraviesan, y que se han denominado folículos de Morgagni, de tal modo, que el dedo que explora la cara inferior del conducto de la uretra, siente una série de pequeñas eminencias que corresponden al fondo de cada folículo inflamado; si la inflamacion no retrocede en este momento,

(1) Ici le mot *blennorrhée* est synonyme de blennorrhagie pour Warlomont.

algunas de entre ellas pueden hacerse el sitio de flemones peri-uretrales, bien estudiados en estos últimos tiempos por un interno de Ricord, Ch. Hardy (1), y por un interno de Lyon, Aribaud (2). Nada diremos aquí sobre estos abscesos, y de los que volveremos á ocuparnos. En este momento el prepucio se pone edematoso y forma un rodete saliente cerca del frenillo.

El flujo se hace mas abundante y mas espeso, y sale del conducto babeando y no á chorro, como Hunter creyó posible. El acto de orinar es extroardinariamente doloroso. Los enfermos comparan esta sensacion á la de la hoja de cuchillo que cortase el conducto de la uretra durante la miccion, á la quemadura que causaria el paso de un hierro enrojecido. El chorro disminuye por el estrechamiento que causa la inflamacion de la mucosa, y que disminuye el calibre del conducto; siendo de una forma en relacion con el estrechamiento inflamatorio momentáneo, cuyo sitio es el conducto.

La sensibilidad del conducto está sobrescitada; el enfermo siente de noche erecciones muy dolorosas, que le despiertan sobresaltado y le obligan á estar desvelado por temor á un nuevo dolor. Se sabe que en la ereccion fisiológica los cuerpos carvernosos se distienden igualmente y que el conducto de la uretra se presta á esta extension. Pero cuando el conducto de la uretra está inflamado, y ha perdido su elasticidad y no sigue á los cuerpos cavernosos en su extensibilidad fisiológica ó patológica, forma entonces literalmente la cuerda del arco de concavidad inferior que hacen los cuerpos cavernosos durante la ereccion.

Una eyaculacion es posible en estas circunstancias, pero es dolorosa, despues acompañada de una hemorragia ligera, y en todos los casos, menos fuerte que en el de aquellos que se rompe la cuerda por el puñetazo tradicional. El enfermo siente por otra parte como inquietudes y sensaciones particulares en las regiones circunvecinas, el escroto, el periné, etc.

Período de declinacion.—Llega, sin embargo, un momento en que todos los síntomas se alivian y una detencion general se manifiesta. El signo que lo anuncia es la disminucion del dolor al orinar. El enfermo tiene menos deseos de orinar, el chorro se hace un poco mas voluminoso, mas cilíndrico, el conducto de la uretra llega á ser mas flexible, las granulaciones que habia en la cara inferior desaparecen. El flujo llega á ser menos espeso y mas claro. Las erecciones menos frecuentes y menos penosas, y la enfermedad marcha á su término por una disminucion gradual de cada síntoma. Pero algunas veces, bajo la influencia de un exceso de régimen, ó de una imprudencia cualquiera, la enfermedad, que estuvo á punto de desaparecer, recobra su primitiva agudeza y vuelve á pasar por los mis-

(1) Ch. Hardy, *Mémoire sur les abcès blennorrhagiques*. París, 1864.

(2) Aribaud, *Recherches sur les abcès péri-uréthraux*, thèese de Paris, 1861, número 5.

mos períodos. Es de este modo como la enfermedad puede eternizarse y pasar sucesivamente al estado sub-agudo ó al estado crónico.

§ III.—Curso, duracion y terminacion.

La blenorragia aguda es la que recorre el período de incremento poco mas ó menos todo entero. Las erecciones se presentan casi en todos, pocas blenorragias son de garabatillo; algunas presentan solamente esta série de pequeños tumores que se encuentran en la cara inferior del conducto de la uretra, que es lo que constituye la foliculitis aguda. Abandonada á sí misma la enfermedad, puede ser indefinida, y por la menor falta de régimen puede pasar al estado agudo. El período de progreso dura de uno á dos setenarios, el período de declinacion es mas largo; pero, por punto general, una blenorragia abandonada á sí misma dura unos cuarenta dias; bien tratada, unos veinte dias, y raras veces treinta.

Blenorragia sub-aguda.—Esta se observa mas particularmente en aquellos que han tenido ya la blenorragia aguda. Pero puede sobrevenir asímismo en aquellos que jamás han sido atacados, y se caracteriza por los mismos fenómenos que los de la blenorragia aguda, pero menos pronunciados. El dolor al orinar es menos vivo, el flujo menos espeso, y hay algunas veces erecciones, pero son mas soportables. En tanto que la blenorragia aguda llega rápidamente á su maximum de intensidad, para decrecer con una rapidez proporcionada; la blenorragia sub-aguda, al contrario, se presenta poco alarmante. El período de incremento, como el de descenso, son menos rápidos. Marcha hácia la resolucion mas fácilmente que el agudo.

Toda blenorragia aguda pasa, antes de terminar, por el período sub-agudo. No tiene mas que dos terminaciones; la resolucion y el paso al estado crónico.

Antes de decir algunas palabras de este último, notemos algunas variedades que puede presentar la blenorragia aguda bajo el punto de vista del flujo. Hay relativamente á este último, tres especies: las sero-mucosas, las sero-sanguinolentas y las secas.

Blenorragias sero-mucosas.—Sin duda toda blenorragia empieza por un flujo sero-mucoso, que no tarda en convertirse en moco-purulento. Pero puede suceder que, bajo la influencia de inyecciones inoportunas, el flujo se haga seroso y dé, sobre el lienzo, manchas parecidas al almidon, conservando los caractéres de la blenorragia aguda, bajo el punto de vista del dolor.

Blenorragias sero-sanguinolentas.—No puede ser cuestion aquí del flujo de sangre que acompaña á la cistitis y que se ve depositado en el fondo de la vasija, que acompaña al cóito ó las erecciones durante tal ó cual período de la enfermedad, ni aun de esta hemorragia á que sigue habitualmente la ruptura de la cuerda. Se trata de un flujo seroso estriado de sangre. Esta forma, que, como la precedente, no es

mas que transitoria, es ordinariamente el resultado de inyecciones intempestivas del nitrato de plata, sobre todo á dósis inmoderadas.

En fin, las *blenorragias secas* existen realmente, y no las que ha descrito Astruc, y que rechaza con razon Belhomme y A. Martin (1); porque estas no son mas que una disuria causada por un agente cualquiera de irritacion del conducto. Pero hay momentos en que la blenorragia aguda, á pesar del tratamiento mejor combinado, cesa, así como el flujo, sin que el dolor al orinar se minore. Esta variedad es á la que se da el nombre de *blenorragia seca*; conviene perfectamente, porque hay siempre inflamacion del conducto. pero inflamacion sin flujo, inflamacion que puede ceder á la continuacion del tratamiento. Otras veces, bajo la influencia de este último, la blenorragia se hace húmeda.

Blenorragia crónica.—La blenorragia crónica está caracterizada por la ausencia del dolor; todo lo mas, en la ereccion, se siente en un punto del conducto como una pequeña rasgadura. El flujo es algunas veces muy abundante, francamente purulento ó moco-purulento, otras veces poco marcado y aun en muchos enfermos, no se percibe sino por la mañana bajo la forma de una gota blanca. Este flujo es mas abundante si el enfermo no ha orinado despues de largo tiempo. Belhomme y Martin, en su libro (2), dicen que el flujo que ellos llaman blenorrágico con la mayoría de los autores, no es contagioso. Es una asercion mas fácil de emitir que de justificar, como lo prueba la observacion de Warlomont de Bruxelles, que ha inoculado con éxito en el ojo con moco-pus tomado de una blenorragia uretral que databa de cuatro meses. Rollet quisiera que se hiciera una distincion entre la blenorragia crónica y la que lleva aun el nombre de *gota militar*, rezumo habitual del conducto. Para nosotros, no creemos que los motivos alegados por los cirujanos de Lyon sean suficientes para trazar una línea de conducta legítima. Daremos, pues, el nombre de *blenorragia*, con la mayoría de los autores, á la blenorragia crónica, reconociendo, como Rollet, que hay un flujo sintomático de estrecheces rudimentarias.

Respecto al rezumo habitual, existe en efecto, pero no es un estado patológico, sino simplemente una secrecion normal de las glándulas de la uretra, que se encuentra exagerada por las excitaciones patológicas de los órganos genitales, durante el curso de la enfermedad. Este líquido es claro, trasparente, á pesar de su abundancia, y no siendo contagioso, puede por esta razon entrar en el cuadro de las afecciones blenorroideas.

Baumes (3) ha insistido sobre el sitio de la blenorragia crónica, que coloca entre las partes profundas del conducto, y raras veces en la fosa navicular. La enfermedad encuentra un refugio en las glán-

(1) Belhomme et Martin. *Pathologie syphilitique et vénérienne*. Paris, 1863.
(2) Id., *ibi.*, p. 96 obs. XXI.
(3) Baumès, *loc. cit.*

dulas de Cowper, ó en las cavidades de la *próstata*, de donde es difícil en ciertos casos desalojarla.

Está frecuentemente sostenida por un estrechamiento, ocasionado por una supuracion prolongada del conducto en ciertos puntos, casos á los que Rollet reserva mas expecialmente el nombre de blenorrea.

En estos casos en que la enfermedad se prolonga, se han podido encontrar las ulceraciones de que hablan los autores; pero estas ulceraciones no existen jamás en el período agudo, como lo veremos estudiando la anatomía patológica. Con frecuencia la enfermedad está sostenida por una retraccion del conducto. Por causa de estas supuraciones largas de la mucosa, se ha visto la destruccion de las cavidades, de los tejidos y de los conductos foliculosos de la uretra por la inflamacion adhesiva ó supurativa.

Pero hay otras causas que explican porqué la blenorragia crónica no se resuelve; la edad avanzada de los enfermos, la extremada juventud, los temperamentos linfáticos, la constitucion escrofulosa, las disposiciones catarrales diversas, pero sobre todo la impresion del frio húmedo y los excesos. Ciertos individuos conservan estos flujos toda la vida; pero luego hay en el conducto lesiones cuyo tratamiento es del dominio de la cirujía.

Debemos señalar aquí dos formas particulares de la blenorragia crónica. Ciertos sugetos que ven todos los dias una gota en la extremidad del conducto, pueden, bajo la influencia de un exceso, falta de régimen, marcha, masturbacion, etc., ver reaparecer su flujo en una forma mas ó menos aguda, pues todo ello puede ser causa; sobreviene un nuevo exceso, un nuevo flujo. Ricord ha dado á estos flujos el nombre de BLENORRAGIA INTERMITENTE (1) ó PURGACION DE REPETICION.

En otras circunstancias, la blenorragia crónica puede presentar alternativas no menos curiosas. Yo he visto con frecuéncia, dice Rollet (2), blenorragias crónicas establecidas, segun toda apariencia, en la region prostática del conducto alternando ora con una cistitis, ora con una epididimitis, ó ya con una prostatitis.

Una cistitis sobreviene con síntomas habituales, y sobre todo disuria: el flujo cesa. La disuria concluye, el flujo reaparece; aquí no es el flujo que se reproduce, es una epididimitis la que se declara. La epididimitis cesa á su vez, y el flujo se pronuncia de nuevo. Una prostatitis que se anuncia por dolores uretrales profundos y por una gran dificultad de orinar, puede lo mismo alternar con el flujo.

Esta forma de blenorragia crónica merece tambien un nombre particular, pudiéndosele llamar por imitacion BLENORRAGIA ALTERNANTE Ó PURGACION DE VÁSCULA. Una causa de la persistencia de

(1) Rollet, *loc. cit.*, p. 261.
(2) Ricord, *Annotation à* Hunter, *Traité de la maladie vénérienne*, traduit par G. Richelot. Paris, 1859.

la blenorragia crónica, sobre la cual Demarquay ha llamado la atencion en estos últimos años, es la *atresia congénita* del meato urinario. Ha llegado muchas veces este cirujano á curar las blenorragias crónicas aumentando el meato urinario. El moco-pus sale entonces fácilmente, y los medios que hasta entonces no habian tenido éxito obran con gran facilidad (Demarquay (1).

§ IV.—Anatomía patológica.

Se sabe que los antiguos creian firmemente que el flujo de la blenorragia era un flujo de semen (gonorrea), y que el conducto de la uretra durante este flujo estaba afectado de úlcera. Esta doctrina fué la sola hasta Morgagni; pero ha sido Cockburne (2) quien utilizando los trabajos de este último, hizo aceptar que la blenorragia no era un flujo de semen.

Durante la Edad Media se ha creido en la existencia constante de úlceras en el conducto durante la blenorragia.

En 1646 Thomas Bartolin aseguró que en todas las autopsias que habia practicado en hombres atacados de blenorragia, habia visto siempre en el conducto úlceras ó cicatrices. Marco Aurelio Severin y Wirzung (3), han tenido la misma opinion; y Littre (4) lo sostiene tambien, fundándose en sus trabajos cadavéricos, que el conducto de la uretra está con frecuencia cubierto de úlceras. En fin, en 1815, Lisfranc, en una Memoria dirigida á la Sociedad de emulacion, dice haber observado frecuentemente las ulceraciones de la mucosa uretral en las autopsias de individuos atacados de gonorrea.

¿Estos testimonios probarán que la blenorragia en el estado agudo está caracterizada por una úlcera del conducto? Los autores que acabamos de citar han hecho sus observaciones en individuos atacados de blenorragia crónica, y hemos visto que en esta forma de enfermedad no es raro encontrarla. En cuanto á Lisfranc (5), ha observado individuos, cuya mayor parte habian muerto de fiebre adinámica, y se sabe la tendencia que tienen á ulcerarse las membranas mucosas en esta enfermedad.

Existen de una y otra parte numerosas observaciones de autopsias de individuos muertos durante el período agudo de su blenorragia, y en los cuales la úlcera del conducto no se ha encontrado.

Morgagni (6) localizó la enfermedad en los senos que primera-

(1) Demarquay, *Gazette des hôpitaux*.
(2) W. Cozburn, *The symptoms, nature, causes and cure of a Gonorrhea*, 2.ª edicion. Lóndres, 1715, 1719, en 8.°; 4.ª edicion, *ibid.*, 1728, en 8.°, traduccion latina, Leyda, 1717, en 12.°; en francés, por Devaux, Paris, 1730, en 12.°
(3) Bonet, *Sepulchretum (Sec. hac*, 31. obs., p. 55, I y II).
(4) Alexis Littre, *Observations sur la gonorrhée* (*Mémoires de l'Académie royal des sciences*, 1711).
(5) Lisfranc, *Mémoire lu à la Société d'émulation*. Paris, 1815.
(6) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epíst. 44.

mente ha descrito. Refiere que ha abierto muchos cadáveres, en los que no ha podido ver las lesiones ulcerosas que dicen ser características de la blenorragia contagiosa. William Hunter, es, con Morgagni, el que mejor ha contribuido á destruir esta idea de la presencia de la úlcera en el conducto de la uretra, aunque Scharp haya tratado de llevarse sobre este punto la prioridad.

John Hunter en 1753, Stoll en 1777, Astley Cooper (1), y mas tarde Desault en 1718 (2), Philippe Boyer en 1836 (3), Cullerier, sobrino (4), Gibert (5) y Rollet, etc., han tenido ocasion de hacer autopsias de individuos muertos durante el período agudo de la enfermedad, y jamás la úlcera de los antiguos se ha reproducido. Hunter halló que la uretra estaba un poco mas inyectada de sangre que de ordinario, sobre todo en la proximidad del glande; Stoll un poco de inflamacion del meato, á un dedo y medio del conducto, y un poco de flogosis delante del bulbo. Swediaur compara la enfermedad á la coriza. La mayoría de los otros autores, cuyos nombres hemos mencionado, no han hallado mas que una rubicundez un poco mas viva de la fosa navicular.

Despues de todos estos hechos la blenorragia es, pues, una inflamacion de la porcion superficial de la mucosa uretral, expecialmente de la fosa navicular; y esto cuando la enfermedad es antigua. Se pueden observar lesiones en las partes profundas. Las glándulas de Morgagni pueden ser afectadas, su orificio agrandado, y algunas veces obliterado por la persistencia de la inflamacion.

§ V.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—Las causas predisponentes de la blenorragia son: el temperamento linfático, ciertas conformaciones, un prepucio demasiado largo, que protegiendo la mucosa del meato, lo hace mas delicado, mas impresionable, mas fácil de rasgarse por sí misma, y ser, por consecuencia mas abierto al contagio. Se puede poner aun como causa una abertura mas grande del meato, un grado mas ó menos avanzado de hipospadias, que arrastra, digámoslo así, en el cóito la materia contagiosa. Señalamos igualmente ciertas circunstancias accidentales, que pueden contribuir á favorecer el contagio; las relaciones sexuales muy prolongadas y demasiado repetidas. En fin, es necesario no olvidar que, segun el vigor con el cual el acto es consumado, una pequeña escoriacion de la mucosa no es

(1) Astley Cooper, *Œuvres chirurg.*, obs. 372.
(2) Desault, thèse de Paris, 1818.
(3) Philippe Boyer, *Traité de la syphilis*. Paris, 1836.
(4) Cullerier neveu, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, en 15 volúmenes, artículo BLENORRAGIA.
(5) Gibert, *Traité des maladies vénériennes*, Paris, 3.ª edicion, 1860.

imposible, y se encuentra inmediatamente abierta al contagio del pus de la blenorragia.

2.° *Causas ocasionales.*—Estas son actos naturales, como el cóito, ó artificiales, como las inoculaciones mediatas por algunos objetos que pongan en relacion el flujo blenorrágico con la mucosa uretral sana.

La blenorragia no viene ni del chancro simple, ni de la sífilis, y no reconoce por causa sino otra blenorragia. Creemos que la blenorragia es enfermedad esencialmente local, y no teniendo con la sífilis ó el chancro simple mas relaciones de coincidencia, es debido á un contagio expecial, que ha escapado hasta hoy á nuestros medios de investigacion, y que no se pueden apreciar mas que por sus efectos. Este *contagio* está encerrado en el muco-pus blenorrágico. El pus blenorrágico no produce ninguna ulceracion depositado sobre el epidermis; pero depositado sobre la mucosa uretral ocasiona un flujo de pus parecido al que le ha dado nacimiento, manifestacion esencialmente local, no siendo jamás seguido de sífilis, á no ser que haya coexistencia en el conducto de un chancro sifilítico. Tiry (de Bruselas) supone que la blenorragia reconoce por causa un *virus granuloso*, porque él ha observado con frecuencia granulaciones patológicas sobre la mucosa uretral y ocular.

Algunos autores han atribuido la causa de la blenorragia á la presencia en el pus blenorrágico de ciertos parásitos animales ó vejetales. Así que Donné ha señalado la presencia del *vibrio lineola* y del *Tricho-monas* en el pus de la blenorragia vaginal (1), y que en estos últimos tiempos Jousseaume (2) ha llamado la atencion acerca de los vegetales parásitos, los *genitalia*, en el pus blenorrágico. Los *genitalia* son caracterizados por una alga con muy largos filamentos, de $0^{mm},010$ á $0^{mm},020$ de espesor, y que se multiplica con una inmensa rapidez. Pero estos estudios no pueden esclarecer enteramente el punto que nos ocupa.

En presencia de la impotencia de la química para revelarnos la naturaleza del *contagio* expecial de la blenorragia, semejantes investigaciones no pueden ser mas que aventuradas, pero no son de un carácter tal en que pueda fijarse la ciencia actualmente.

Esta idea de la multiplicacion del elemento generador de la blenorragia, no tiene nada de incompatible con los hechos de la fisiología patológica: una de las propiedades esenciales del pus del chancro simple ¿no es la multiplicacion de estos glóbulos de pus?

Ricord cree que todos los líquidos irritantes, entre los cuales él cuenta el pus blenorrágico, pueden producir la blenorragia. Nosotros creemos con Rollet, Belhomme y Martin, etc., que los otros líquidos mas ó menos acres, la sangre menstrual, los loquios, etc., son inca-

(1) Donné, *Cours de microscopie. Anatomie microscopique et physiologie des fluides de l'économie.* Paris, 1844, p. 161.

(2) Jousseaume, *Végétaux parasites de l'homme.* Paris, 1862.

paces de producir la verdadera blenorragia. Estos irritantes producen afecciones blenorróideas benignas, es decir, *no contagiosas*, de lo que diremos algo mas tarde.

Así, pues, la blenorragia no reconoce por causa mas que otra blenorragia, y el modo segun el cual se trasmite es el contagio. Este es INMEDIATO en el acto del cóito; pero el contagio puede ser tambien MEDIATO. Todos los dias vemos los dedos humedecidos de pus blenorrágico contagiar el ojo; Hunter cita el caso de un hombre que contrajo la enfermedad sentándose en un sillico. En nuestros dias, Cullerier ha establecido experimentalmente esta posibilidad del contagio mediato cuando habia un servicio en el hospital de Lourcine. Y los oftalmologistas por su parte, ¿no han practicado el contagio mediato, con frecuencia en el tratamiento del panus? Basta para que el contagio se produzca depositar el pus contagioso sobre el epitelio de la mucosa, dice Rollet, y no es necesario que este epitelio sea elevado para que el contagio tenga lugar. Esta asercion, verdadera en apariencia, no nos parece suficientemente demostrada y en armonía con los hechos de la fisiología. Haremos notar que el pus contagioso del chancro simple tiene necesidad del levantamiento del epidermis, que no es mas que el epitelium de la piel, para que la inoculacion pueda afectuarse. Sabido es que el epitelium de la mucosa uretral debe ser destruido para que el contagio tenga lugar. El pus blenorrágico tendrá, segun nosotros, esta propiedad por su contacto irritante, y se explicará, por un epitelium mas resistente en ciertos enfermos, ciertos contagios tardíos, que no tienen nada de comun con la incubacion, en el sentido médico que se aplica á esta expresion.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—La blenorragia uretral aguda no puede confundirse con los flujos blenorróideos propiamente dichos. Cuando un práctico vea tumores granulosos en el trayecto del conducto de la uretra, el conducto mismo, habiendo perdido su elasticidad, las erecciones dolorosas, algunas veces la corbadura del miembro, que es la consecuencia, no se confundirá esta sintomatología con el derrame mas ó menos blanco é inodoro de la uretra ó con la uretritis simple que proviene del contacto de materias morbosas mas ó menos acres. Por lo demás, volveremos bien pronto sobre esta cuestion, al tratar de los derrames blenorróideos.

Algunas veces no se puede disimular que el diagnóstico puede ser extremadamente difícil; es entonces cuando hay que determinar si un derrame pertenece á la hemorragia subaguda, ó á la uretritis simple, y no hay aquí el recurso de la inoculacion como para demostrar la existencia del chancro simple. Sin embargo, hay algunas veces ocasion de pronunciarse cuando las confrontaciones son posibles, por ejemplo en las judiciales, como esto ha sucedido en dos circunstan-

cias á Rollet, en donde un flujo, benigno en apariencia, habia sido el orígen de una oftalmía blenorrágica causando la perdida de la vista.

Pero el práctico debe preocuparse para establecer el diagnóstico de los fenómenos accidentales que vienen algunas veces á complicarlos; nos referimos á la posible coincidencia de un chancro no sifilítico ó sifilítico en el conducto, como hemos visto lesiones que existian en el prepucio en los casos de balano-prostitis.

La presencia del chancro simple se reconocerá por medio de la inoculacion ordinaria, porque el pus de la blenorragia, mezclado de pus del chancro simple, no atenúa en nada sus propiedades. El dedo, llevado á lo largo del conducto, sentirá un cierto tumor en uno de sus puntos: puede existir un bubon chancroso. Estos diversos fenómenos pueden mostrarse al principio de un chancro mixto; es preciso estar prevenido é investigar la induracion tan pronto como aparezca. Cuando, al contrario, haya un chancro indurado del conducto, se percibirá claramente por el dedo, y la adenitis indolente de la ingle vendrá á confirmar el diagnóstico.

Pronóstico.—Las personas de mundo y muchos médicos se imaginan que la blenorragia es una enfermedad sencilla. Este es un error. La blenorragia es menos grave que la sífilis; pero es ciertamente mas grave que el chancro simple. Sin duda la blenorragia ordinaria que se cura en un mes, no es peligrosa ni tiene otros inconvenientes que los dolores del período agudo. Sin embargo, cuando la enfermedad es muy aguda, es ya una séria complicacion. Ciertas complicaciones han ocasionado la muerte. Cuando la enfermedad pasa al estado crónico, se sabe que esto último engendra las extrecheces del conducto y la mayor parte de las mas graves enfermedades de las vias génitourinarias.

§ VII.—Tratamiento.

Hemos visto, al hablar de la historia, que hasta la aparicion de la sífilis en Europa, la blenorragia habia sido tratada siempre por medios exclusivamente locales.

Es á este tratamiento local, que no ha sido jamás completamente abandonado, aun en las épocas de confusion, que importa volver, y hoy dia, despues de lo que sabemos de la naturaleza de la enfermedad, un tratamiento constitucional, seria un contrasentido.

El tratamiento de la blenorragia varía en sus diversos períodos, y puede ser dividido, de una manera general, en tratamiento profiláctico, tratamiento abortivo y tratamiento curativo.

1.° *Tratamiento profiláctico.*—El mas recomendable y el mas eficaz, es ciertamente el *condon*. No merece, tal como hoy se fabrica, y mirandolo bajo el punto de vista de solidez, el reproche que le ha dirigido una mujer de talento. Astruc, que no era muy partidario de él, porque preferia la continencia, ha dicho que no pre-

servaba el púbis. Sin duda el condon no preserva á esta region, y nosotros hemos visto hombres contraer chancros en el púbis; pero en este momento solo nos referimos á la blenorragia y en tanto que en esta el condon bien fabricado es un preservativo seguro.

Para aquellos que no puedan resolverse á servirse de este preservativo, no es inútil el recurrir á ciertas reglas antes del acto; se puede dejar caer algunas gotas de aceite en el interior del conducto de la uretra, teniendo el miembro elevado, ninguna duda habrá que el cuerpo graso no protejerá el conducto, sino en el caso de escoracion: porque esta podria ser cubierta inmediatamente por el líquido oleoso de la partes limítrofes.

Despues de la miccion, una precaucion consiste al orinar, apretando un poco el meato entre los dedos, y contrayendo la vejiga para imprimir á la salida de la orina mas fuerza, á fin de limpiar lo que pueda quedar de contagioso en el conducto.

No insistimos mas sobre estos medios accesorios que no dan mas que una seguridad relativa, y de los que se pueden encontrar una numerosa enumeracion en los tratados expeciales.

2.° *Tratamiento abortivo.*—Aconsejado ya por Musitan, este tratamiento fué continuado en 1780, por Simmons (1); en 1827, por Ratier; y de 1827 á 1837, por Cullerier Carmichael, Burnett Lucas, Wall-Moreau, y en fin, el profesor Serre (de Montpellier); pero fué Debeney (2) quien rehabilitó en Francia el tratamiento abortivo, que el mayor número de prácticos no habian osado intentar.

Ya en 1844 Leriche habia hecho conocer el resultado generalmente favorable de los ensayos intentados en el hospital de Lyon. En 1845, Fourcart publicó diez y siete observaciones favorables; pero todo el mundo no ha sido tan feliz, y Venot (de Bourdeaux) fué de aquellos que no se lisonjearon con este método, porque en sus catorce casos, el médico de Bourdeos tuvo catorce inseguros, seguidos de accidentes mas ó menos sérios. Estas observaciones ¿fueron exactamente tomadas? Entre los accidentes señalados, yo he notado en efecto, en mi caso, una conjuntivitis blenorrágica. Muchos médicos distinguidos, entre los cuales se cuenta Cullerier, son tambien opuestos al método abortivo.

Estos resultados, completamente contradictorios, se explican maravillosamente; y el tratamiento abortivo puede ser, como afirma Rollet (3), la mejor ó la peor de las cosas; y por decirlo de una vez, el éxito del tratamiento depende de su oportunidad.

Creo no debe ser en el período agudo cuando se debe emplear el método abortivo, sino solamente al principio, antes que los síntomas

(1) Simmons, *Observations of the cure of Gonorrhea and some others effects of the venereal virus*. London, 1780, in-8.

(2) Debeney, *Mém. sur le traitement abortif de la blennorrhagie*, año 1843, et *Exposé pratique de la méthode des inject. caustiques*, 1846.

(3) Rollet, *loc. cit.*, p, 271.

inflamatorios se pronuncien claramente y acerca de este punto, es preciso ser explícito. «Desde que el flujo se pronuncia, dice Rollet, por poco que dure despues de mas de doce á veinticuatro horas, y que sea opalino ó francamente purulento, con dolor ó infarto del conducto mas allá de la fosa navicular, es preciso abstenerse porque vendrian en seguida las complicaciones.»

Tal es la práctica que observa H. Hicguet (de Liege) (1). «Cuando una afeccion está perfectamente establecida, dice Hicguet, no es el objeto detener la invasion, sino hacerla abortar: el ensayo seria un contrasentido, se trata de curarla. Las soluciones cáusticas no convienen en el período inflamatorio de la uretritis.

¿Cómo deberá hacerse esta inyeccion? Y es muy importante por el resultado, que debe ser el coronamiento, para que se la confie al enfermo.

El médico que la practique hará comprimir el conducto por el paciente por detrás de la superficie uretral enferma, á fin que la inyeccion, desde luego muy dolorosa por sí misma, no vaya á aumentar inútilmente la flogosis, llevándola allí donde la mucosa está sana.

El medicamento que deberá elegirse será el nitrato de plata, el mejor modificador de las mucosas. Pero su dósis no debe pasar de razonables límites, como hacen los partidarios del método abortivo. No se necesita menos de una solucion de 1 á 4 gramos en 30 gramos de agua. Rollet y nosotros empleamos diariamente la dósis de 30 centígramos de nitrato de plata en 30 gramos de agua.

Esta inyeccion bien hecha basta por lo regular, sin que haya temor de que se altere la mucosa, ni los referidos accidentes, ni las estrecheces consecutivas.

Ricord y Diday (2) administran 50 centígramos de nitrato de plata en 30 gramos de agua: algunos usan dósis fuertes; pero nadie da crédito á las dósis preconizadas por Debeney.

Mencionaremos aquí la *jeringa de chorro recurrente* de Langlebert (3) para complemento del tratamiento. En efecto, el cabo olivar que traspasa los ojos de la jeringa, reposará en la introduccion del moco-pus contagioso, é irá á inocularse á las partes del conducto hasta entonces sanas.

Poco tiempo despues de la inyeccion, que debe ser de 3 á 4 minutos de duracion, y que ocasiona rara vez vivos dolores, la mucosa se hace el sitio de una secrecion sero-sanguinolenta. Puede repetirse la inyeccion por la tarde y por la mañana, y despues se espera.

Entonces sucede de dos cosas la una: ó la inyeccion sale bien, ó fracasa. Si tiene buen éxito se ve la exhalacion serosa ó sero-san-

(1) Hicguet, *De la méthode substitutive, ou cautérisation appliquée au traitement de l'uréthrite aiguë et chronique*. Paris, 1862.

(2) Diday, *Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis*, 1858.

(3) Langlebert, *Traité des maladies vénériennes*, p. 65.

guinolenta que ha provocado la inyeccion, cesar al cabo de dos dias, y el enfermo se cura, y bien, al contrario, la secrecion aumenta con una grande abundancia, y la enfermedad sigue su curso natural, pero no es preciso creer que se haya agravado. Las agravaciones, los accidentes, las complicaciones, no llegan mas que en el caso en que la inyeccion se ha hecho en el período agudo.

Tratamiento usual.—El tratamiento usual variará segun el estado agudo, sub-agudo ó crónico de la enfermedad.

Estado agudo.—Cuando no ha podido emplearse el método abortivo es preciso recurrir á medios en armonía con el estado del enfermo y de los medios antiflogísticos. Si el enfermo es sanguíneo, pletórico, que tiene una inflamacion fuerte, dolores vivos al orinar, disuria, erecciones muy incómodas, una aplicacion de 15 ó 20 sanguijuelas al periné producirá una mejoría notable.

Al mismo tiempo las bebidas que tomará el enfermo deberán ser emolientes, consistiendo en tisana de semilla de lino, de grama, de parietaria, un litro por dia, en el cual podrá disolverse un gramo de nitrato de potasa. Estas bebidas podrán atenuar la acritud de la orina, pero es preciso abstenerse de hacer mucho ejercicio y de sobrecargar el estómago de bebidas muy abundantes, que serian dañosas y que renovarian con mucha frecuencia el dolor de la miccion.

Rollet tiene la costumbre de poner de 10 á 20 centígramos de extracto de beleño, en un litro de tisana.

Los baños proporcionan tambien grandes servicios, pero los baños enteros, sobre todo por la flojedad general que ocasionan, y tambien por una cierta absorcion de líquido que viene á mezclarse á la orina, y á diluirla bastante. Los baños locales son tambien útiles, pero no los baños de asiento, que congestionan la pélvis sin ventajas.

El vientre deberá tenerse libre por algunos purgantes suaves.

Contra las erecciones debe usarse la *lupulina* en polvo, mezclada con azúcar á la dósis de 1 á 4 gramos, que producirá mucha mejoría. Rollet acostumbra, cuando no emplea el beleño hacer una mezcla de polvos de cubeba, de lupulina y nitrato de potasa:

R. Polvos de cubeba.....	2 gramos.	Nitrato de potasa..........	20 centíg.
Lupulina............	1 gramo.		

Para cada toma.

El enfermo toma uno de estos papeles por mañana y tarde. Es un medio, dice él, de moderar la inflamacion uretral, de facilitar la miccion, de calmar la excitacion nerviosa y el eretismo vascular del miembro. Algunas veces la lupulina no es un medicamento infalible, es infructuoso con frecuencia.

Otros dos medios hay: el *opio* en primera línea, y despues el *al-*

canfor, que tiene una gran reputacion, y es muy bueno asociarlos. Hé aquí las fórmulas mas usuales:

R. Alcanfor........... 2 gramos.	Mucílago........................	C. S.
Extracto tebáico..... 1 gramo.		

Háganse 20 píldoras para tomar 1 ó 2 por la tarde.

R. Alcanfor........... 3 gramos.	Extracto de beleño....... 2 gramos.

Háganse 30 píldoras, para tomar de 1 á 4 por la tarde.

R. Alcanfor..............	aa. 3 gramos.
Tridáceo..............	

Háganse 20 píldoras, para tomar 5 ó 6 por la tarde.

Si el enfermo no se halla en estado de tomar las píldoras, el alcanfor podrá ser administrado en lavativas, asociado al láudano, de lo cual se podrá obtener los mejores efectos.

Las cataplasmas deben ser proscritas: compresas empapadas en agua fria y renovadas, envolviendo al miembro, deben ser preferidas.

El *bromuro de potasio* es, sin contradiccion, el mejor y el mas seguro de los medios antifrodisíacos. Hé aquí la fórmula que se puede emplear:

R. Bromuro de potasio. 1 gramo.	Jarabe simple............	30 gramos.
Agua destilada.... 120 gramos.		

H. S. A. para tomar una cucharada mañana y tarde.

Pero el práctico no se fiará solamente de los medios que hemos indicado para el estado agudo, sino que concederá una importancia capital al régimen.

El enfermo guardará reposo, evitará toda expecie de irritacion erótica, lectura, teatro, etc. Dormirá en una cama poco blanda y poco abrigada, evitará las comidas con especias, las bebidas fermentadas, el vino puro, el café y los licores, como la cerveza; andará poco, llevando siempre un suspensorio; y si puede no debe dejar la habitacion, evitando sobre todo el frio y la humedad. En fin, la inaccion absoluta del órgano enfermo será lo mejor.

Estado sub-agudo.—Cuando se haya calmado la inflamacion, los balsámicos deben suceder á los antiflogísticos. La copaiba es el remedio soberano en este período. Algunas veces los prácticos están divididos sobre el modo de emplearlo. La divergencia es sobre las dósis del medicamento, y sobre todo en cuanto al momento preciso de su administracion. Los unos lo dan á dósis enormes de 30 á 60 gramos por dia, y lo administran al principio de la enfermedad. Los segundos á la dósis de 4 á 8 gramos por dia; pero no comienzan á darlo sino cuando los fenómenos inflamatorios se han atenuado.

Nosotros estamos completamente de acuerdo sobre este punto por los motivos siguientes: si se da el medicamento al principio, es decir, en el período inflamatorio, no dudamos que el flujo se disminuirá, y de tal modo, que cuando los síntomas inflamatorios hayan pasado, nos expondremos, y esto sucede con frecuencia, á que el estómago de los enfermos no puedan soportar el medicamento en el instante mismo que tengan necesidad.

En cuanto á las grandes dósis, tal como las han formulado Ribes y sus imitadores, no pueden convenir mas que á individuos dotados de una tolerancia excepcional para el medicamento, lo que no se puede conocer antes, y que seria imprudente intentar.

La *copaiba* se puede administrar de dos maneras, por la boca ó en lavativas.

Tomada por la boca, puede elevarse hasta 10 ó 20 gramos por dia, pero no mas.

Cuando se administra la copaiba, el flujo disminuye inmediatamente la mitad ó las tres cuartas partes. Este medicamento comunica á la orina un olor expecial, y le hace adquirir una virtud curativa particular. Testimonio de esto los ejemplos citados de individuos atacados de fístulas uretrales en los que la parte anterior del conducto continuaba enfermo, mientras que la parte posterior en contacto con la orina medicamentosa, se habia curado.

La copaiba no ejerce solamente una accion expecial en los riñones, sino que extiende su accion: en el estómago por las náuseas que produce, sobre todo á dósis insólitas; en el intestino por la diarrea que provoca, y que acaso tenga influencia en ciertos casos sobre el resultado obtenido. En fin, este medicamento obra algunas veces sobre la piel, provocando expecialmente en la primavera y en el otoño una erupcion que se manifiesta en los miembros en el sentido de extension. Esta erupcion es papulosa, no tiene nada de sifilítica, y desaparece con la cesacion del medicamento. Esta roseola, caracterizada por pápulas, dura apenas un setenario.

La inyeccion de la copaiba en el conducto está léjos de tener el valor de las otras inyecciones cateréticas ó astringentes.

El agua destilada de copaiba, tomada al interior, á no ser por la resina, no puede reemplazar á la copaiba con todos sus elementos.

La copaiba se administra en cápsulas gelatinosas ó en pocion. Las cápsulas contienen cerca de 30 centígramos de copaiba, y se toman de doce á veinticuatro por dia.

La pocion mas conocida es la de Chopart, cuya fórmula es esta:

R. Bálsamo de copaiba..........	aa 60 gram.
Alcohol rectificado..........	
Jarabe de Tolú............	
Agua de menta............	
Agua de flor de naranja....	
Alcohol nítrico...........	8 gram.

Cada cucharada contiene de 3 á 4 gramos de copaiba. Es sobre todo en la cistitis hemorrágica donde se producen sus efectos maravillosos.

Pero hay ciertos enfermos que no pueden tomar el medicamento por la boca. Velpeau (1) ha aconsejado, en este caso, hacer tomar el medicamento por el recto. Hé aquí la fórmula de la lavativa que se puede emplear:

R. Copaiba.........	15 gram.	Cocimiento de malvavisco.	300 gram.
Yema de huevo..	1	Láudano de Sydenham..	1

Auméntese sucesivamente la dósis de copaiba. Si la lavativa puede retenerse muchas horas, hace muchas veces un gran servicio.

El sucedáneo de la copaiba es la cubeba. La cubeba, introducida en Europa por los médicos ingleses, fué objeto de un estudio por Delpech, en 1822 (2). Despues de esta época se adoptó en la práctica. La cubeba se administra á dósis dobles de la copaiba, y esta es su mejor sucedáneo. Se dió tambien en lavativas; pero este medio es falible. Es preciso tener la precaucion, cuando se recurre á este medio, de vaciar antes el recto por una lavativa comun, como para la copaiba, despues se toma la lavativa medicamentosa que se conserva algunas horas.

La cubeba se emplea ordinariamente mezclada con la copaiba, en proporciones diversas, ó sea preparada tambien bajo la forma de opiata, de la que se toman 15 gramos por dia en tres dósis; se pueda aumentar hasta 24 gramos. La cubeba obra sobre los riñones y comunica tambien á la orina un olor expecial.

Este medicamento, como la copaiba, no obra bien sino cuando es bien tolerado. Por esto se debe, luego que el estómago lo soporte bien, dar dósis desde luego elevadas, salvo disminuirlas á medida que la mejoría se manifieste. Es útil continuar el uso de los balsámicos muchos dias despues que todo el flujo haya cesado, con el fin de asegurar la curacion, que será segura. En este momento, es bueno indicar inyecciones cateréticas, que algunos prácticos mismos dan en union con los balsámicos. Estas inyecciones modificadoras serán hechas desde luego con el nitrato de plata.

R. Agua............ 100 gram. Nitrato de plata......... 5 centígr.

Puede tambien disminuirse la dósis hasta la mitad en los sugetos impresionables.

(1) Velpeau, *Recherches et observations sur l'emploi du baume de copahu et du poivre cubèbe administrés par l'anus, contre la blennorrhagie (Archives générales de médecine*, t. XIII, p. 33).

(2) Delpech, *Mémoire sur l'emploi du Piper cubeba dans le traitement de la gonorrhée* (*Revue médicale*, Mayo, 1822, pag. 1; Junio, pag. 129.—*Clinique de Montpellier*, tomo I, 1823).

Se tomará dos ó tres veces durante el dia, guardando de cada vez la inyeccion algunos minutos. A las inyecciones cateréticas con el nitrato de plata, seguirán inyecciones astringentes. Hé aquí una de las fórmulas mas comunmente empleadas:

R. Agua	100 gram.	Sulfato de zinc	40 centigr.
Extracto de Saturno	4 gram.	Láudano	

El extracto de *ratania* tambien ha sido asociado al sulfato de zinc.

Fórmula de Rollet.

R. Agua destilada	200 gram.	Sulfato de zinc	20 centígr.
Extracto de ratania	2 gram.		

Panas, en una comunicacion hecha á la Sociedad de cirujía el 20 de Setiembre de 1865 (1), ha indicado, segun un autor inglés, una sustancia, la *esencia de sándalo*, que tiene la propiedad de llenar todas las indicaciones de la copaiba, sin tener el inconveniente de fatigar el estómago. El tratamiento puede aun ser abreviado algunos dias por la rapidez de accion del nuevo medicamento. Nosotros creemos deber reproducir *in extenso* la comunicacion de Panas, á causa de su interés y de su importancia.

«Henderson (2) ha publicado un artículo concerniente á las propiedades antiblenorrágicas de la esencia de sándalo amarillo (*Syricum myrtifolium*), que él mismo considera superior en accion á la copaiba y como teniendo sobre este último la gran ventaja de ser bien tolerado por el estómago.

»No pudiendo procurarme en Paris este aceite esencial, lo hice venir de Lóndres, y lo experimenté en todos los enfermos del sexo masculino, á fin de llegar á resultados mas concluyentes que en los que se trata de mujeres, en las que la blenorragia afecta, como se sabe, una marcha benigna particular.

»Con arreglo á lo asegurado por Henderson, yo puedo añadir que la esencia del sándalo se tolera perfectamente, aun por los estómagos delicados y que se han resistido á pequeñas dósis de cubeba, y sobre todo de copaiba; salvo una cierta sensacion de calor epigástrica que se disipa prontamente al cabo de un cuarto á media hora, yo no he observado nada de notable.

»En el curso de la medicacion, las orinas adquieren un olor *sui generis* de sándalo, pero su cantidad queda la misma, y los enfermos no experimentan dolor ni peso del lado de los riñones y la vejiga, lo que me hace pensar que esta sustancia no posee una accion dañosa sobre el aparato urinario.»

(1) Panas, *Emploi d'une nouvelle substance antiblennorrhagique, l'essence de santal jaune* (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1865).

(2) Henderson, *Medical Times and Gaz.*, Junio 3, et *Gazette hebdomadaire*, Julio 1865, p. 43.

Henderson administra la esencia en disolucion, en tres partes de alcohol, y lo aromatiza todo con algunas gotas de canela. Yo he creido que administrado puro, en forma de cápsula, el medicamento será mas fácil de tomar, y que se obtendrán resultados mas concluyentes, bajo el punto de vista de sus propiedades terapéuticas. Bretonneau, farmacéutico, sucesor de Cadet-Gassicourt, ha querido encargarse de esta preparacion. La coloracion amarilla de la esencia dió lugar á un color rosa, y es un detalle de la fabricacion. Bretonneau, habiendo pensado que, para distinguirlas de las cápsulas de copaiba, lo que no es siempre indiferente á los ojos de ciertos enfermos, conviene añadir un poco de una sustancia tintórea roja soluble en la esencia del sándalo.

Sabiendo que cada cápsula contiene 40 centígramos de aceite, es fácil dosificar el medicamento.

En mis ensayos, he administrado diez cápsulas por dia, tomadas por intervalos durante el dia, lo que hace 4 gramos por veinticuatro horas.

El número de observaciones que he recogido llegan á quince, entre las cuales se cuentan cinco casos de uretritis, de cuatro á ocho dias, aun vírgen de todo tratamiento, y diez de blenorragia aguda; pero remontándose á mas de dos semanas y habiendo ya empleado tratamientos ineficaces, ya por inyecciones, ya por copaiba y cubeba.

Entre las uretrítis todas recientes, tres han sido sometidas á un tratamiento antiflogístico prévio, las otras dos fueron tratadas por la esencia de sándalo, administrada en seguida. Hé aquí cuáles fueron los resultados. El dolor de la uretritis ha sido considerablemente aliviado en un tiempo muy corto, variando de uno á tres dias lo mas.

Pero la accion mas notable es la de que el medicamento ejerce sobre el flujo que, en el espacio de veinticuatro á cuarenta y ocho horas lo mas, se vió reducido á una especie de rezumo seroso, trasparente, ó á algunas gotas de moco-pus blanquecino, sea cual fuere el color y la abundancia primitiva de la secrecion morbosa.

«Una vez obtenido este cambio, las cosas quedan casi estacionarias no obstante la continuacion del tratamiento, que solo á los quince ó veinte dias es cuando ha producido la cesacion del flujo mucoso; en cierto número de casos he obtenido buenos resultados añadiendo hácia el fin una inyeccion ligeramente astringente, repetida dos veces por dia.

»Regla general: la esencia de sándalo, lo mismo que los otros balsámicos, tienen buen éxito, administrados despues que los dolores vivos y la inflamacion se han calmado, ó que han sido ventajosamente modificados por un tratamiento antiflogístico apropiado, que cuando se recurre á este agente desde el principio. Yo mismo he visto una vez sobrevenir una ligera cistitis del cuello, por una administracion intempestiva del sándalo.

»De todo lo que precede, podemos nosotros concluir, que la esencia de sándalo, generalmente bien soportada por el estómago y de una accion por lo menos igual á la copaiba, ofrece ventajas incontestables en los casos desgraciadamente demasiado comunes en que los otros balsámicos han sido inútiles, ó no han podido ser tolerados por el estómago.»

Estado crónico.—En este período los balsámicos tienen infinitamente menos importancia. Sin embargo, algunos prácticos los emplean, pero á dósis poco elevadas, á fin de poderlos continuar mas tiempo. En este caso, se ha propuesto asociarlos á sustancias tónicas astringentes, la conserva de rosas, el cachunde, la ratania, la genciana, el hierro.

Rollet hace con frecuencia uso de la cubeba en polvo, asociado al alumbre del modo siguiente:

R. Polvos de cubeba, recientemente pulverizada.... 2 gram. | Alumbre.............. 20 centígr.

Dósis: una ó dos tomas mañana y tarde.

En el estado crónico de la enfermedad es cuando ejercen alguna eficacia los otros balsámicos como la copaiba y la cubeba, aunque de una utilidad precisa en los otros períodos; la trementina, el matico, el bálsamo del Perú, el jarabe y la tisana de los botones de abeto.

El percloruro de hierro administrado al interior, ha dado buenos resultados.

R. Agua destilada....... 80 gram. | Percloruro de hierro de 30°.... 4 gram.

Una cucharada de café en un vaso de agua azucarada, mañana y tarde.

Este es el momento de utilizar las inyecciones astringentes, tónicos y absorbentes.

R. Agua destilada....... 200 gram. | Tanino................. 20 centígr.

O tambien:

R. Agua de rosas........ 140 gram. | Tanino................. 20 centígr.
Vino tinto del Mediodía. 60 gram. |

Tambien se han alabado las inyecciones de ioduro de plomo, y sobre todo las de sub-nitrato de bismuto.

R. Agua destilada......... 200 gram. Sub-nitrato de bismuto... 4 gram.

Puede mezclarse algunas veces glicerina. Es preciso no perder de vista en todas las inyecciones, que deben sobre todo atacar las partes profundas del conducto, porque el asiento del mal está situado profundamente.

Si hemos visto el método perturbador aplicable al principio de la blenorragia, es preciso saber que puede ser llamada algunas veces,

con el fin de volver á traer un flujo en el estado agudo. Esta medicacion no siempre tiene buen éxito.

Cuando la enfermedad es crónica, puede buscar un refugio en las lagunas de Morgagni y en las otras glándulas. Alfredo Guerin aconseja en este caso, el paso de una bujía olivar de extremidad gruesa, que, oprimiendo circularmente las criptas mucosas, exprima el moco. Mercier ha propuesto reemplazar la sonda olivar, por una bujía que se puede impregnar con varias pomadas medicamentosas. Por ejemplo:

Manteca.................. 5 partes. | Nitrato de plata.......... 1 parte.

La cantidad de nitrato puede ser reemplazada por la misma cantidad de polvo de tanino ó de alumbre.

Tambien se han obtenido buenos resultados de la inyeccion cáustica ó de la cauterizacion con el cáustico sólido de nitrato de plata. Hace algunos años, Demarquay publicó en el *Boletin de terapéutica*, una Memoria sobre las cauterizaciones superficiales de la uretra en los individuos de temperamento linfático afectados de esta enfermedad pasada al estado crónico, sobre todo cuando no hay extrecheces. Este autor introduce el porta-cáustico de Lallemand profundamente en el conducto de la uretra, hasta el cuello vexical, despues cauteriza aquel, imprimiendo á la cubeta del instrumento un movimiento de rotacion; hecho esto, hace tomar un baño, y al otro dia y los siguientes, prescribe cubeba é inyecciones astringentes, con el sulfato de zinc. Así ha curado infinidadde blenorragias crónicas.

B. Bell ha alcanzado grandes ventajas del empleo de *vegigatorios volantes* sobre el periné; Vidal de Cassis (1), con *cauterios* sobre la misma region. Los *baños de mar* serán un útil adyuvante de las medicaciones empleadas.

C. Complicaciones de la blenorragia expeciales en el hombre.

Las complicaciones expeciales en el hombre, son: la fimosis y la parafimosis, la linfitis, los flegmones y abscesos peri-uretrales, y las inflamaciones de las glándulas anejas al conducto de la uretra: foliculitis, cooperitis, prostatitis, orquitis.

La *fimosis* es mas expecialmente una complicacion de la blenorragia balano-prepucial. Hemos visto la conducta que se debe tener en los casos graves, es decir, en los que pueden llegar para la verdadera blenorragia balano-prepucial. Hemos visto igualmente cómo debe el profesor obrar en el caso en que el prepucio se ponga flegmonoso.

La fimosis que acompaña á la blenorragia uretral es, en general, causada por el edema simple, es decir, por la infiltracion del tejido

(1) Vidal (de Cassis), *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1859, 3.ª édition.

celular subcutáneo, infiltracion que se presenta sobre todo en el filete de cada lado del frenillo; este es un estado poco grave y que desaparece ordinariamente envolviendo el miembro por medio de compresas mojadas en líquidos resolutivos.

La *parafimosis* no presenta nada de expecial, y es preciso apresurarse á reducirla, porque en el estado de turgescencia en que se hallan los tejidos, se debe siempre reducir la extrangulacion.

Linfitis.—Desruelles la describe bajo el nombre de *flebitis de la vena dorsal del miembro.* Esta complicacion que se observa tambien en la blenorragia balano-prepucial, se presenta bajo la forma de cordones muy duros que se sienten desde el frenillo donde tienen una prominencia considerable hasta la íngle. Hay al mismo tiempo un infarto de las partes.

Esta linfitis supura raras veces, sin embargo, algunos autores han señalado esta posibilidad. No se confundirá con la linfitis chancrosa, que es como nudosa, que supura siempre; por lo demás, la blenorragia que se tiene á la vista advertirá suficientemente al práctico de la naturaleza de la inflamacion linfática. El tratamiento consiste en envolver el miembro en compresas embebidas en líquidos resolutivos: el agua blanca, una solucion ligera de alumbre, de sulfato de zinc, ó de sulfato ferroso. Estos medios no impedirán que se trate la blenorragia uretral por los remedios apropiados.

Flegmon y abscesos peri-uretrales.—Descritos por todos los autores que han hablado sobre la blenorragia, han sido estudiados particularmente por un discípulo de M. Ricord, Ch. Hardy (1). Estos abscesos se sitúan particularmente cerca del frenillo, donde aparecen algunas veces del grueso de una pequeña cereza; hácia el bulbo donde simulan una especie de raqueta cuyo mango estuviera por detrás. Se forman en el período agudo de la blenorragia; y el enfermo se apercibe de esto por un dolor en un punto fijo del conducto. La supuracion es muy rápida. Estos abscesos, abandonados á sí mismos, se abren frecuentemente en el conducto y ocasionan así un culo de saco, que puede dar lugar á infiltraciones urinarias.

El práctico deberá abrirlos, aunque sienta poca fluctuacion, poniéndoles luego un lechino. Si el absceso está ya abierto, se hará una contra-abertura (véase los Tratados de cirujía).

Foliculitis uretral.—En el primer grado, está constituida por granulaciones que se sienten en la fosa navicular en el período agudo de la blenorragia, y es la inflamacion de los senos de Morgagni. En el segundo grado estas glándulas se hacen el asiento de flegmones y de abscesos peri-uretrales, que hemos descrito precedentemente. La foliculitis uretral ha sido mejor estudiada en el estado crónico. Cuando la blenorragia uretral pasa al estado crónico, se refugia en las glándulas, dando lugar á una blenorragia

(1) Ch. Hardy, *Mémoire sur les abcès blennorrhagiques.* Paris, 1864.

difícil de combatir. En este caso, ciertas glándulas pueden ser obliteradas por efecto de la inflamacion, como ya lo ha hecho notar Morgagni. Los abscesos foliculares, segun Hardy, son una consecuencia de esta blenorragia glandular. Pero otras veces la obliteracion del orificio de estas glándulas da orígen á verdaderos quistes gruesos, como un guisante, que no se abren en el conducto y que el cirujano puede escindir como una lupia del cuero cabelludo; puede tambien contentarse con separar una porcion de la cáscara fibrosa y librar el resto de la supuracion.

Cowperitis blenorrágica.—En 1849, en una tésis inaugural (1), que hizo época, Gubler describió la inflamacion de las glándulas bulbo-uretrales, descubiertas por Meri en 1784, y mejor estudiadas por Cowper, algunos años mas tarde. Estas glándulas han conservado el nombre de Cowper, que consideró la inflamacion como una complicacion de la blenorragia. Este asunto ha sido estudiado despues por Hunter *(loc. cit)*, y B. Bell *(loc. cit)*; pero los trabajos de estos autores han sido completamente olvidados cuando apareció el notable trabajo de Gubler sobre esta cuestion.

§ I.—Causas.

La inflamacion de las glándulas bulbo-uretrales, ó cowperitis reconoce generalmente por causa la extension de la inflamacion blenorrágica, extension que puede ser favorecida por los excesos. Algunas veces esta inflamacion puede ser tambien observada despues de los excesos del cóito, despues del cateterismo, del ejercicio de la equitacion ó de extrecheces uretrales antiguas. Es una complicacion rara de la blenorragia. Se ha notado que esta enfermedad se presenta mas particularmente á la izquierda.

§ II.—Síntomas.

Es, en general, del tercero al cuarto setenario cuando la complicacion se anuncia. Se siente desde luego una tension dolorosa al periné, en la region bulbosa, y despues el dolor se presenta lancinante. En los dias siguientes la inflamacion se propaga al tejido celular circunvecino, la hinchazon aumenta, se presenta difusa; en fin, aparece un tumor redondo, resistente, muy sensible á la presion. La piel se enrojece y pierde su mobilidad, el tumor se hace rápidamente fluctuante y el pus se puede escapar hácia afuera.

Si se espera mucho antes que se produzca la abertura, la inflamacion puede ganar la raíz de las bolsas, pero encuentra una barre-

(1) Adolphe Gubler. *Des glandes de Méry (vulgairement glandes de Cowper) et de leurs maladies chez l'homme*, thèse de Paris, 1849, n.° 172.

ra en la línea media por el rafe medio, y por detrás por la aponeurosis media, formando como un tumor sobreadjunto á la primera.

La miccion y la defecacion rara vez son penosas; sin embargo, se han citado algunos ejemplos.

El absceso se abre mas frecuentemente al exterior, y raras veces en la uretra. Si sobreviene este accidente, hay que apresurarse hacer una contra-abertura.

El absceso se forma en el espacio de un setenario.

En los casos sencillos, algunos dias bastan para hacer cicatrizar la abertura que ha dado salida al pus.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

Cuando existe blenorragia, el diagnóstico es fácil, si la inflamacion se limita al glande; pero cuando la inflamacion traspasa estos límites, su sitio se precisa entre la aponeurosis media y el rafe, la marcha de la enfermedad, bastarán para distinguirla de un absceso urinario.

§ IV.—Tratamiento.

Desde el principio antiflogísticos enérgicos, 15 á 20 sanguijuelas al periné, cataplasmas emolientes, unciones resolutivas. Tan pronto como se distinga la existencia del pus, abrir inmediatamente para prevenir sea la extension de la inflamacion á los tejidos periféricos, sea la abertura posible del absceso en el conducto.

Prostatitis blenorrágica y orquitis blenorrágica.—La historia de estas dos graves complicaciones de la blenorragia, há sido espuesta en los artículos ENFERMEDADES DE LA PRÓSTATA (véase PROSTATITIS AGUDA) y ENFERMEDADES DEL TESTÍCULO (ORQUITIS AGUDA), cuyos caractéres han servido esencialmente de tipo á nuestra descripcion, en virtud de la frecuencia y la importancia de estas dos especies morbosas.

A las indicaciones terapéuticas que hemos dado, añadiremos las siguientes, que completan el tratamiento expecial de la orquitis blenorrágica.

Si el cordon está infartado, es necesario recurrir á los vejigatorios volantes, que se aplicarán despues de haber con antelacion rasurado los pelos de la region. Cuando el vejigatorio se haya secado al cabo de dos ó tres dias, se aplicará otro. Existe algunas veces un cierto grado de derrame en la túnica vaginal en aquellos que han tenido una vaginitis demasiado intensa. Un sedal filiforme será conveniente.

Si la orquitis se termina por *supuracion*, será preciso abrir los abscesos pronto; tener cuenta del estado de salud de los enfermos, y recurrir á los medios generales reconstituyentes si hay tiempo.

Las preparaciones iodadas al interior servirán para evitar ciertos infartos crónicos en el epididimo.

Baumes *(loc. cit.)* aconseja en este caso las píldoras de 5 centígramos de calomel y 5 centígramos de extracto de cicuta.

Cuando al mismo tiempo exista orquitis, las inyecciones al fin del tratamiento pueden emplearse si la inflamacion del glande está en vias de resolucion.

Resúmen general del tratamiento de la blenorragia genital del hombre.—**Balano-prepucial.**—*Tratamiento profiláctico.*—Condon.

Tratamiento abortivo.—Solamente aplicable si el glande está descubierto ó puede serlo; lavatorio: se limpia con bordonetes de hilas, cauterizacion de nitrato de plata sólido. Segundo lavatorio. Se limpia y se separa la mucosa del prepucio sobre el glande. Aislamiento de las superficies. Reposo.

Tratamiento ordinario.—Ningun remedio interno. Tratamiento local. Si el glande está descubierto ó puede serlo, aislamiento de las superficies, cauterizacion con la solucion del nitrato de plata, 40 centígramos en 120 gramos de agua. Aislamiento de las superficies.

Si el glande no puede ser descubierto, lavatorio dos veces por dia, con agua simple, por medio de una sonda de pequeño calibre, y despues inyeccion de nitrato de plata entre el glande y el prepucio por el mismo medio. Despues inyecciones ligeramente astringentes, baños enteros simples, baños locales astringentes; evitar las cataplasmas.

Si hay fimosis y amenaza gangrena, desbridamiento; si llega la gangrena, curacion con polvo de quina y carbon; si se detiene, regularizar la llaga si es posible.

Si hay parafimosis, reduccion. Si esto es imposible, desinfarto por picaduras de agujas ó la lanceta; y si no, quitar la extrangulacion con el bisturi.

Si hay linfitis, el miembro debe estar levantado, envolviéndole con compresas resolutivas.

Si hay complicacion de chancro simple, estando el glande descubierto, cauterizacion con un disco de pasta de Canquoin, que dure de veinte minutos á una hora. Si es una lesion sifilítica, tratamiento específico.

Blenorragia uretral.—*Tratamiento profiláctico.*—Condon.

Tratamiento abortivo.—Debe siempre intentarse antes que se desarrollen los síntomas inflamatorios.

No debe jamás intentarse en el período agudo: las dósis fuertes serán inútiles, y basta contentarse con 30 centígramos de nitrato de plata en 30 gramos de agua.

Tratamiento usual.—Régimen antiflogístico, baños, reposo: si el enfermo es muy sanguíneo; el estado muy agudo y tiene erecciones dolorosas, convendrá aplicarle 15 ó 20 sanguijuelas al periné. Tisanas diluyentes. Contra las erecciones alcanfor, opio, lupulina, bromuro de potasio.

Cuando ha pasado el período agudo, tisanas diluyentes, balsámicos: copaiba, 8 gramos por dia en ayunas: la cubeba dósis doble, mistura, opiata. Si el estómago no lo soporta, lavativa de copaiba, despues esencia de sándalo, 4 gramos por dia, en 10 cápsulas de 40 centígramos cada una. Comenzar por dósis fuertes y seguir disminuyendo.

El flujo, despues de algunos dias, quedará reducido á poca cosa. Luego inyecciones dos veces por dia, despues una vez, con 5 centígramos de nitrato de plata en 100 de agua, dósis ordinaria, y no se debe exceder de dicha dósis. Las inyecciones precedentes deben hacerse disminuyendo la dósis y reemplazarlas por las inyecciones astringentes. Continuar los balsámicos ocho dias despues de la desaparicion total del flujo. No omitir los mas prolijos cuidados en cuanto al régimen durante el tratamiento, y quince dias despues de haberle dejado.

Resúmen del tratamiento de la blenorragia crónica del hombre.— **Balano-prepucial.**—Aislamiento prolongado por capas de algodon y lociones astringentes. Cuidados minuciosos de limpieza (Alfredo Fournier).

Blenorragia uretral.—Renunciar á las tisanas diluyentes, á la copaiba y á la cubeba. Tómese: tisana y jarabe de botones de abeto, matico, trementina, percloruro de hierro al interior. Despues inyecciones astringentes, tónicos y absorbentes. Vejigatorios ambulantes en el periné, cauterio, baños de rio, de mar y de vapor terementinado. Hidroterapia.

Resúmen del tratamiento de las complicaciones expeciales del hombre.—**Fimosis.**—Compresas mojadas en líquidos resolutivos.

Parafimosis.—Apresurarse á desbridar si no se puede evitar la reduccion.

Linfitis.—Envolver el miembro en compresas resolutivas cuya base las formarán el agua de Goulard, el alumbre, el sulfato de zinc y sulfato ferroso.

Flegmones y abscesos peri-uretrales.—Abrirlos sin temor para evitar fístulas.

Foliculitis uretral.—Quitar toda ó parte de los quistes gruesos como guisantes que se forman á veces en esta circunstancia y dejarlos supurar.

Cowperitis blenorrágica.—Al principio antiflogísticos locales enérgicos. Al momento que se sospeche existencia del pus, abrirle una via.

Prostatitis blenorrágica.—Reposo en cama. Tratamiento antiflogístico. Supositorios belladonados. Cuartos de lavativas laudanizadas, tisanas mucilaginosas. Si el absceso se hace prominente, abrirlo. No dejar dentro una sonda: mejor es el cateterismo si es necesario.

Orquitis blenorrágica.—*Tratamiento profiláctico.*—Suspensorio bien aplicado, ni muy flojo, ni muy apretado.

Tratamiento abortivo.—El frotamiento por la nieve, la tierra de los

afiladores, etc., no debe intentarse, porque fracasa las mas de las veces y alarga el tratamiento.

Tratamiento curativo.—Período agudo.—Antiflogísticos. Reposo, situacion horizontal; 15 ó 20 sanguijuelas sobre el trayecto del cordon al punto de emergencia del conducto inguinal, testículos levantados, tablillas, cataplasmas, compresas de agua de saúco sobre las bolsas. *Período de declinacion.* Reposo en cama, ligéros laxantes. Evitar las excitaciones genésicas. Bordadores de Velpeau, si el tumor es considerable. Sedal filiforme contra el infarto de la túnica vaginal. En el caso de orquitis parenquimatosa, desbridamiento de la albugínea. Opio, particularmente útil.—*Estado crónico.* Compresion de Fricke (Hamburgo).

Si el cordon está infartado, vejigatorios volantes, rasurando con anticipacion la region, como para todas las aplicaciones sobre esta parte.

Si hay supuracion en el órgano, abertura á tiempo. Iodo al interior, calomel y cicuta.

2.° BLENORRAGIA GENITAL DE LA MUJER Y COMPLICACIONES EXPECIALES EN LA MUJER.

Los flujos patológicos de los órganos genitales de la mujer, se dividen, como los de los hombres, en flujos contagiosos y flujos no contagiosos. No debemos en este momento ocuparnos mas que de las primeras, que constituyen, hablando con propiedad, la blenorragia genital de la mujer.

La blenorragia puede tener por asiento el conducto de la uretra y el conducto vulvo-uterino; pero habitualmente no hay mas que una parte atacada; otras veces la inflamacion blenorrágica pasa de una de estas partes á las otras. Estudiaremos sucesivamente la blenorragia VULVAR, la blenorragia URETRAL, la blenorragia VAJINAL y la blenorragia UTERINA, y despues pasaremos á la historia de las complicaciones expeciales de la mujer.

a.—Blenorragia vulvar ó vulvitis.

La vulvitis blenorrágica puede ser aguda ó crónica, general ó parcial. Cuando la inflamacion es superficial, induce á *entregarse* al cóito, ó á la masturbacion; no existiendo sino una tumefacion ligera de los grandes y pequeños labios, la mucosa está mas ó menos roja, y sale de su superficie un líquido seroso. Si la inflamacion es mas profunda está muy roja, hinchada y algunas veces escoriada. Las glándulas que se encuentran en la cara interna de los grandes labios y alrededor del clítoris se agrupan y se hacen prominentes, y su color amarillo destaca sobre el fondo rojo de la mucosa inflamada. Su secrecion exagerada produce un líquido de un olor repugnante.

Las glándulas de los pequeños labios toman parte tambien en la inflamacion, se ponen prominentes y dan á la mucosa de los pequeños labios un aspecto de *chagrin*. Los pequeños labios se edematizan y aparecen como extrangulados en su base, que es lo que M. Cullerier compara al parafimosis del hombre (1). «La mucosa, dice Belhomme y Martin, fuertemente congestionada, está tumefacta, como fungosa; es de un rojo muy vivo, y este enrojecimiento presenta este carácter particular que es mucho mas pronunciado en la cara interna de los pequeños labios, en el punto en que las glándulas sebáceas forman como un verdadero empedrado, y que se detienen bruscamente en los límites del vestíbulo, que no posee ninguna glándula sebácea. Las pequeñas depresiones de la mucosa, culos de saco, ó criptas, que se han descrito con el nombre de *folículos mucíparos* y que se abren en el vestíbulo, en el meato y en las aproximaciones del orificio vaginal, se ulceran al mismo tiempo y segregan el pus que se acumula en su cavidad (2).»

En las personas gruesas y que no tienen mucha limpieza, sobreviene un intértrigo causado por el contacto del pus; y se ven aparecer algunos fenómenos generales, cuando la inflamacion es excesiva. Las glándulas vulvo-vaginales pueden afectarse y hacerse el asiento de abscesos, complicacion que encontraremos en seguida.

Si la enfermedad se combate, puede durar de dos á tres setenarios; pero por poco que se la abandone, puede pasar al estado crónico.

La inflamacion se limita entonces. No hay ni tumefaccion, ni rubicundez, ni dolor vivo; y está ordinariamente ligada á una debilidad marcada del organismo. La mucosa toma un tinte violáceo, las glándulas sebáceas se distinguen por un piqueado rojizo. El flujo es menos espeso y mas abundante que en la uretritis aguda. Las vegetaciones nacen sobre todo en la mujer, al mismo tiempo que la blenorragia vulvar crónica. El flujo parece fijarse á la larga en las dos glándulas señaladas por Guérin (3), y que se encuentran en cada lado del orificio del conducto de la uretra. De estas glándulas fluye una gotita de pus, que es como la analogía de la gota militar en el hombre.

b.—Blenorragia uretral.

Los autores están divididos sobre la cuestion de saber si la blenorragia uretral es frecuente ó rara. Es mas comun de lo que se cree. Esta es la opinion de Bell. La blenorragia uretral existe algunas veces sola, y otras asociada á diferentes variedades. El conducto de la

(1) Cullerier, *loc. cit.*, p. 195.

(2) Belhomme et Martin, *Traité pratique et élémentaire de pathologie syphilitique et vénérienne.* Paris, 1864, p. 607.

(3) Alph. Guérin, *Maladies des organes génitaux externes de la femme.* Paris, 1864, p. 307.

uretra puede ser contagiado directamente, á pesar de la observacion de Swediaur, y puede ser tambien por su continuidad. La enfermedad se anuncia por un pequeño prurito del meato y del conducto, despues con un dolor, una comezon, un calor ardiente, que acompaña á cada acto de orinar. El moco-pus blenorrágico no tarda en manifestarse á lo largo de las paredes del conducto de la uretra. En las personas cuyo meato es largo, se puede ver directamente el color muy rojo de la mucosa uretral. Tan pronto la inflamacion se extiende á toda la extension del conducto que es muy corto y amenaza una cistitis; tan pronto la mitad anterior es solo invadida; en algunos casos la enfermedad pasa al estado crónico.

Los dolores que ocasiona la miccion desaparecen casi completamente. El flujo disminuye y las enfermas lo confunden con las flores blancas de que pueden ser atacadas. Algunas mujeres concluyen por no sentir dolor, y es necesario una gran atencion para reconocer la enfermedad, y no dejar escapar en el exámen algunas gotas de moco-pus en un conducto corto y frecuentemente espulsado por la orina.

Por esto es preciso separar cuidadosamente con bolas de hilas el pus que baña el contorno del meato y comprimirle en el momento de orinar de atrás adelante y de arriba á abajo, teniendo cuidado de comprimir el conducto contra el arco pubiano. Será preciso reiterar este exámen muchas veces, si hay necesidad, pero despues de algun tiempo de la miccion.

c.—Blenorragia vaginal.

Es la mas frecuente de las manifestaciones blenorrágicas de la mujer.

Calor, comezon, son las sensaciones que caracterizan este estado, tambien un color rojo vivo, pudiendo llegar hasta el violeta oscuro, y un flujo sucesivamente mucoso, moco-purulento, y en fin, francamente purulento, son los síntomas objetivos. Cuando son muy agudos, algunos síntomas generales, fiebre, etc., pueden manifestarse al mismo tiempo.

Los síntomas son tanto mas declarados, cuanto mas general sea la enfermedad. Se comprende cómo puede la marcha activar la agudeza de los fenómenos de que hemos hablado en las variedades blenorrágicas descritas. Entonces los dolores se irradian hácia las íngles, la pélvis y el abdómen. No se puede conocer bien la extension del mal sino examinando á las mujeres con el espéculum. Pero esta maniobra no es siempre posible, por el extremo dolor que sienten las enfermas y de las contracciones espasmódicas del esfinter vaginal. «¿A qué forma de *speculum* debe darse la preferencia? preguntan Belhomme y Martin.» ¿Al espéculum lleno, bivalvo, trivalvo, cuadrivalvo, etc.?

No vacilamos en preferir á todos los otros, en el caso de vaginitis, el *speculum* cuadrivalvo de Ricord, perfeccionado por Charriere (véase figura 133). Es de fácil introduccion porque la extremidad del instrumento, aplanado sobre los lados, estando su diámetro mayor dirigido verticalmente, y por consiguiente en el solo sentido que se puede agrandar el anillo vulvar sin dolor. Cuando se abre en la vagina, hay la gran ventaja de distender las paredes de esta cavidad y de ponerlas á la vista, digámoslo así. Es bueno servirse del *speculum* cuyas valvas estén dispuestas en su extremidad en pico de caña, lo que permite el no tener necesidad de guarnecido.

El *speculum* bivalvo de Ricord (fig. 134) puede emplearse tambien en la vaginitis; sin embargo, hay un inconveniente que debemos señalar, y es que, cuando se abre, las valvas se encuentran separadas por largos intervalos, en los cuales los repliegues vaginales se vienen á interponer; se ve peor la mucosa y despues se expone uno á pincharla dolorosamente al retirar el instrumento (1).

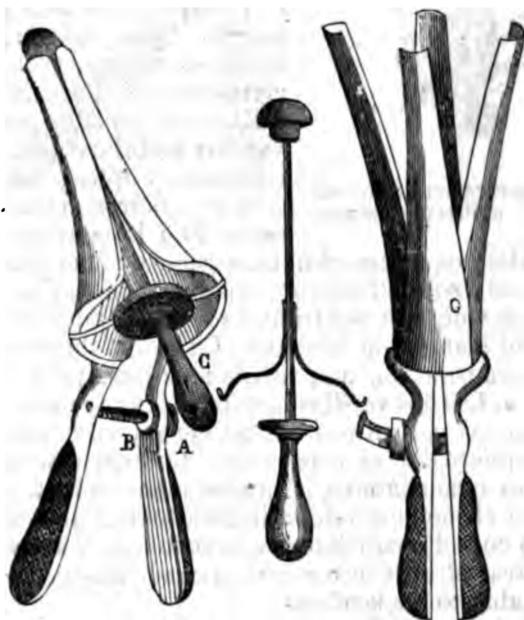


Fig. 134.—Espéculum bivalvo de Ricord, con contera C. A. Tuerca destinada á mantener el espéculum abierto en el grado que se quiera. B. Otra tuerca para mantener el espéculum cerrado.

Fig. 133.—Espéculum de cuatro valvas de Ricord.

«En cuanto al *speculum lleno* (fig. 135) ó al trivalvo *antiguo* (figura 136), son de una gran utilidad para el exámen del cuello uterino; pero no convienen en los casos de vaginitis.»

Estos preceptos son buenos. Sin embargo, hay casos en que la vagina es tan ancha, por ejemplo, en ciertas personas de pequeña estatura y muy gordas, que aun con los instrumentos enumerados antes, se puede encontrar el médico confuso.

(1) Belhomme et Martin, *loc. cit.*, p. 615.

Ahora bien; existe un *speculum* imaginado por Reybard para la operacion de la fístula vésico-vaginal (figura 137), y perfeccionado despues por Crespin, instrumentista de Lyon. Este instrumento satisface perfectamente para el exámen de las vaginas mas anchas.



Fig. 135.—Espéculum lleno.



Fig. 136.—Espéculum de tres valvas y lleno, modelo de Charriere.

El instrumento de Reybard está reproducido aquí cerrado y abierto. Este instrumento se compone esencialmente de dos cuadriláteros formados por varillas metálicas pulimentadas y aplastadas, de 6 milímetros ancho, sobre 10 á 12 centímetros de largo. Estos cuadriláteros interceptan un espacio de la misma forma, de la misma longitud, sobre 3 centímetros de ancho próximamente. Tres de los ángulos de este cuadrilátero son redondeados, y el cuarto se continúa con el mango que le soporta. Cada uno de estos cuadriláteros se continúa asímismo con una varilla metálica, que termina por un puño de madera. Las dos varillas metálicas, cuya reunion forma el mango, están reunidas por un tornillo del eje que sirve para fijar la abertura que se le quiere dar al espéculum. Cuando este se cierra, es decir, cuando los cuadriláteros se aplican uno contra el otro, como por ejemplo, en el momento de la introduccion, uno de los mangos está rectilíneo con el cuadrilátero que sostiene, y en el mismo plano que él, mientras el otro forma con su cuadrilátero respectivo un ángulo obtuso abierto hácia afuera.

Cuando el instrumento se abre, como se le mantiene apretando sobre el mango que forma con la varilla metálica un ángulo obtuso hácia afuera, se despliega la vagina y el cuello viene á colocarse entre las extremidades uterinas de los dos cuadriláteros.

Se retira el instrumento abierto para inspeccionar completamente las partes enfermas.

Cuando se introduce el espéculum de valvas, el moco-pus vaginal se esparce por sus paredes, y cuando llega al culo de saco posterior de la vagina, en donde se acumulan las materias secretadas, la abundancia del pus es algunas veces considerable, y se derrama á oleadas.

La vaginitis blenorrágica se presenta sobre todo en las mujeres em-

barazadas con una variedad que consiste en que la mucosa ofrece granulaciones muy rojas que no se ulceran y que sobrenadan en medio del pus que se derrama de las partes enfermas. Esto es lo que Deville ha denominado *vaginitis granulosa* (1), y antes que él Ricord (2), habia llamado á este estado *psorelitria*. Estas granulaciones tienen el volúmen de un grano de mijo, y hay indecision sobre su carácter anatómico, y son muy tenaces.

La vaginitis tiene una marcha invasora, cuando se detiene se refugia y se limita al culo de saco posterior, ó escapa á un ojo inesperto.

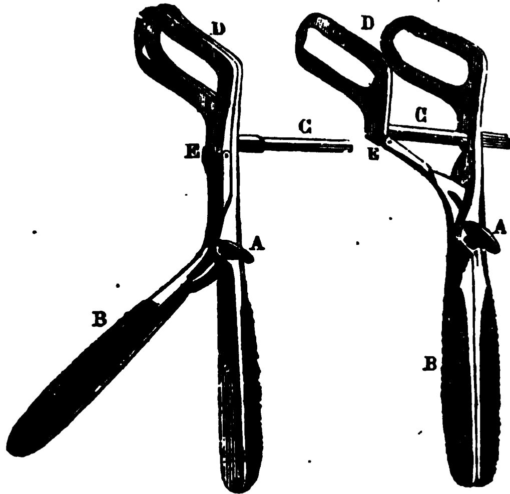


Fig. 137.—Espéculum Reybard.—A Eje sobre el que se desliza la muesca de la rama B; esta disposicion permite á las dos valvas D. separarse guardando paralelismo; esta separacion está reglada por el triángulo E.

d.—Blenorragia uterina.

La blenorragia uterina ocupa mas frecuentemente la mucosa del hocico de tenca. Cuando hay cuidado de limpiar el pus con una bolita de hilas, se ve la mucosa de un rojo vivo, algunas veces con granulaciones si existe una vaginitis granulosa, ó bien está escoriada. Esta superficie segrega moco-pus. La enfermedad puede limitarse al hocico de tenca; pero algunas veces gana el cuello, y se ve que la supuracion sale sobre todo de ese lado, la cual puede tambien atacar la mucosa del cuerpo. La blenorragia uterina no puede ser reconocida mas que por el exámen del *speculum*. Puede ser adquirida directamente ó por propagacion de la inflamacion, y estas son probablemente las blenorragias de la cavidad del cuello ó del cuerpo que producen la mayor parte de las purgaciones; porque en el estado crónico, este flujo, no perdiendo sus propiedades contagiosas, las mujeres afectadas no la sospechan, en tanto que el dolor está disminuido.

(1) Deville, *De la vaginite granuleuse (Archives générales de médecine*. Paris, 1846, t. V).

(2) Ricord, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1833, et *Clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens*, 1851, pl. XLII, p. 9.

Por lo demás, ellas atribuyen á sus flujos blancos las manchas que ensucian su camisa. La enfermedad, despues de haberse extendido por la superficie, se extiende en profundidad, puede atacar el espesor del cuello, y aun el espesor del cuerpo del útero.

§ I.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—Lo que servirá sobre todo para distinguir la vulvitis blenorrágica de la *vulvitis simple* es el conocimiento de los antecedentes, porque es necesario fijarse bien en él, porque puede ser algunas veces difícil. Sin embargo, la rubicundez de las partes y la abundancia del flujo, servirán sobre todo para establecer el diagnóstico. En cuanto al de la vaginitis blenorrágica, es necesario, como para la variedad precedente, remontarse á las causas para establecerle. Se sabe que las violencias exteriores pueden ser la causa de las vaginitis simples, más ó menos inflamatorias, pero menos purulentas.

La uretritis, que procede de distinta causa que la blenorragia, es rara en la mujer, porque la mayor parte de causas de la vulvitis y de la vaginitis simple tienen poco asiento sobre la uretra de la mujer. Sabiendo, por otra parte, que la uretritis blenorrágica es frecuente, este será un medio de diagnóstico. La uretra, por su posicion, escapa á las violencias exteriores que llevan su accion sobre la vulva ó sobre la vagina.

La blenorragia uterina no puede confundirse con el *catarro uterino*, porque este último produce un líquido blanco, filamentoso, manchando la camisa como el almidon; en el estado agudo se parecen bastante, y el diagnóstico es con frecuencia imposible. Insistir en los conmemorativos.

Pronóstico.—La blenorragia de la mujer es menos grave que la del hombre, y tiene menos complicaciones. Si la enfermedad en ella pasa al estado crónico, esto se debe, mas bien á la incuria de los enfermos, que á la gravedad del padecimiento.

Si las superficies enfermas son mas extensas en la mujer que en el hombre, son tambien mas accesibles á los medios medicamentosos.

La blenorragia vulvar es la menos grave de todas, pero es tambien la mas durable, cuando las dos glándulas anejas á la uretra son afectadas por la enfermedad. La inflamacion de las glándulas vulvo-vaginales que sobrevienen algunas veces, no tiene los inconvenientes de los abscesos peri-uretrales.

La blenorragia vaginal es séria por la grande extension de las superficies enfermas y de la dificultad de verlas bien, que es lo que permite á la enfermedad pasar al estado crónico. Cuando el caso se presenta, la enfermedad se refugia en el culo de saco de la vagina.

La blenorragia uretral es mucho menos grave que la del hombre; el conducto en la mujer es mas corto; mas rectilíneo, mas ancho,

mas accesible á los instrumentos y á los tópicos, que tienen sobre él una accion mas completa y feliz.

La blenorragia uterina es la mas desgraciada, por ser la mas expuesta á pasar al estado crónico; además se pueden observar grandes complicaciones como la pelvi-peritonitis. La TERMINACION POR SUPURACION, aunque observada por Vidal (de Cassis) es muy rara, pero desde el momento que sobrevenga hace que el pronóstico sea difícil.

§ II.—Tratamiento.

La primera condicion que se debe imponer á los enfermos es el reposo, porque el movimiento da por resultado el frote de las superficies mucosas, que es orígen de irritaciones que sostiene la enfermedad.

El aislamiento de la superficie es una condicion importante para la curacion. Esta será mas eficaz con el uso de los absorbentes de diversa naturaleza que están á disposicion del médico: hilas, lienzos finos, polvos de arroz, de licopodio, de sub-nitrato de bismuto, etc.

Debe recordarse que si la vulvitis coexiste con la vaginitis, los remedios empleados son nulos si el tratamiento no se lleva sobre las partes afectadas mas profundamente.

El tratamiento de la vulvitis blenorrágica consiste en la cauterizacion por el nitrato de plata.

J. Rollet la aconseja con la solucion siguiente:

R. Nitrato de plata. 10 ó 20 centíg. | Agua.................... 30 gramos.

Belhomme y Martin prefieren la siguiente solucion:

R. Nitrato de plata..... 1 gramo. | Agua.................... 100 gramos.

En el PERÍODO mas AGUDO las unciones con CUERPOS GRASOS, cerato simple ú opiado, pomada de manteca de cacao ó extracto de beleño, encontrarán su indicacion, pero deberán dejarse tan pronto como haya pasado el estado agudo.

En la forma crónica no deben olvidarse las indicaciones de un tratamiento general variable con la constitucion del individuo.

Si la enfermedad se refugia en los folículos, Belhomme y Martin aconsejan inyectar una solucion de nitrato de plata por medio de la jeringa de Pravaz. Feu Alfonso Robert, cirujano del hotel Dieu de Paris, introduce una hoja de tijera en la cavidad enferma, y corta y cauteriza con el nitrato de plata sólido. Estos tratamientos hacen el estado agudo mas fácil de curar que los flujos crónicos.

La blenorragia vulvar debe tratarse por los mismos medios. Puede ensayarse con ella el tratamiento abortivo antes de apelar al tratamiento curativo.

El tratamiento abortivo no ha dado excelentes resultados, sobre todo en las manos de Cullerier (1), que la ha experimentado en Lourcine. A bajas dósis el efecto es nulo; y á fuertes, provoca sérios accidentes. El tratamiento curativo será, pues, el que el médico tenga que poner en práctica mas á menudo. La indicacion principal consiste en aislar las superficies. Se puede llegar á este resultado por medios diferentes.

Hourmann (2), y sobre todo Ricord, han insistido en el aislamiento que puede obtenerse por medio del taponamiento con las hilas. Demarquay (3) y Richard se sirven de tapones mojados en un glicerolado de tanino. Estos tapones pueden ser impregnados en pomadas medicamentosas diversas, cuyos principios sean mas ó menos astringentes.

Debe comprenderse que siempre que la enfermedad se acompañe de una reaccion intensa, debe recurrirse á los antiflogísticos: reposo, baños de cuerpo entero, tisanas diluyentes y aplicaciones de sanguijuelas.

En el caso de vaginitis crónica los baños frios de rio, de mar, los baños sulfurosos, podrán intentarse con fruto. En fin, en los casos en que desesperen el médico y el enfermo, puede recurrirse, en caso extremo, á un medio usado en San Lázaro, y que nosotros reproducimos textualmente del libro de Mr. Belhomme y Aimé-Martin (4).

«Uno de nosotros ha visto emplear en San Lázaro, en el tratamiento de la vaginitis crónica, un procedimiento un poco enérgico, que recomendamos en el caso en que hayan sido ineficaces todos los medios locales ó generales. Se hace penetrar en la vagina un espéculum lleno, de vidrio: cuando se ha introducido se eleva el asiento de la mujer por medio de almoadas, y se vierte en el espéculum 30 ó 40 gramos de una solucion de *nitrato de plata* (sal y agua destilada en partes iguales). Se retira lentamente el instrumento, embadurnando con una bola de hilas las paredes desde el cuello á la vulva. Este método es ciertamente doloroso, pero es casi siempre seguido de curacion con la condicion que sea bien aplicado.» Nosotros añadiremos que despues del empleo del nitrato de plata, los toques con las soluciones cateréticas ó astringentes son muy buenas y apresuran la curacion.

El tratamiento de la *blenorragia uretral* de la mujer se apoya sobre todo en las inyecciones con soluciones de nitrato de plata, pero á dósis dobles ó triples que las empleadas para la uretra del hombre.

R. Nitrato de plata, de 5 á 10 centíg. | Agua.................. 30 gramos.

(1) Cullerier, *Des affections blennorrhagiques*, p. 213.
(2) Hourmann, *Journal de connaissances médico-chirurgicales*, Julio, 1840.
(3) *Traité de la glicérine*.
(4) Belhomme y Martin, *Traité pratique et élémentaire de pathologie syphilitique et vénérienne*. Paris, 1864, p. 618.

En ciertos casos se puede introducir en el conducto el lápiz sólido de nitrato de plata y retirarlo rápidamente. Se comprende bien lo enérgica que debe ser esta cauterizacion: el mismo medio puede utilizarse en la blenorragia uretral crónica. Si la enfermedad se ha fijado en las dos glándulas señaladas por Alfonso Guerin á la entrada del conducto de la uretra, se puede inyectar con una jeringa de cánula muy fina, como la de Anel, con una solucion mas ó menos fuerte de nitrato de plata. El tratamiento de la blenorragia uterina consiste en los medios siguientes: reposo, baños generales, introduccion del espéculum dos veces á la semana, y cauterizacion con el nitrato de plata: si la enfermedad ocupa la cavidad del cuello, introduccion de lápiz en la cavidad.

Vidal (de Casis) (1) aconseja las inyecciones en la cavidad uterina. Introduce en el cuello una cánula de goma ó de vidrio, de un tercio menos grande que una cánula ordinaria, inyectando de un solo golpe 10 ó 20 centígramos de nitrato de plata en 100 gramos de agua. A. Guérin se sirve de una jeringa de dobles paredes, de modo que el líquido pueda refluir entre las dos paredes de la jeringa. El cirujano empuja lentamente. No es dudoso que con precauciones los accidentes sean raros. A. Guérin (2) aconseja la solucion siguiente:

R. Nitrato de plata..... 10 centíg. | Agua.................... 30 gramos.

Los medios generales serán utilizados, si hay lugar, como precedentemente.

e.—**Complicaciones expeciales en la mujer.**

Estas complicaciones son en número de dos:

1.° La inflamacion blenorrágica de las glándulas vulvo-vaginales, de las glándulas de Cowper (Cowperitis);

2.° La pelvi-peritonitis.

Cowperitis de la mujer.—Rollet designa de este modo la inflamacion de las glándulas vulvo-vaginales; y si bien descritas en nuestros dias por Huguier (3), nosotros les dejamos el nombre de glándulas de Cowper, porque este es el nombre que las da Astruc, aunque las glándulas hayan sido descritas por anatómicos anteriores, Bartolini, Morgagni, etc.

Todos saben que las glándulas vulvo-vaginales son, durante las reglas ó durante las excitaciones genésicas, el sitio de una hipersecrecion demasiado considerable. Este líquido, incoloro, filamentoso, algunas veces muy abundante, puede salir en forma de eyaculacion.

(1) Vidal (de Cassis), *Traité des maladies vénériennes.*

(2) Alph. Guérin, *Maladies des organes génitaux externes de la femme*, lecciones pronunciadas en el hospital de Lourcine. Paris, 1864.

(3) Huguier, *Mémoire sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux de la femme (Mémoires de l'Académie de médecine,* 1850, t. XV).

En la blenorragia esta hipersecrecion se manifiesta tambien, pero no puede ir mas lejos y tomar los caractéres de moco-pus, cuando se inflama la mucosa glandular. Si la inflamacion hace siempre progresos, ocupa bien pronto el cuerpo de la glándula. En este caso se siente detrás de los pequeños labios, entre el orificio de la vagina y la rama ascendente del isquion, un pequeño tumor globuloso, doloroso á la presion, y puede exprimir por el orificio de la glándula un líquido en parte mucoso, en parte opaco.

Si la inflamacion continúa, el tumor toma un volúmen igual al de una nuez y de bastante grueso para cerrar la entrada de la vagina; los dolores se hacen lancinantes, formándose un verdadero absceso. Este absceso puede abrirse al exterior, ordinariamente en el pliegue ninfo-labial; frecuentemente el pus se derrama por el conducto excretor de la glándula. Esta complicacion dura cerca de dos setenarios.

Una vez evacuado el pus, los tejidos se hunden, y la glándula no tarda en volver á su estado normal: algunas veces queda por bastante tiempo un pequeño núcleo duro, que se puede tocar al palpar con el dedo.

Cuando el absceso se abre expontáneamente, deja una cicatriz deprimida que se puede parecer en ciertas circunstancias á la cicatriz de una ulceracion chancrosa.

El tratamiento debe ser al principio antiflogístico: pocas veces se dará el caso de tener que recurrir á las emisiones sanguíneas: los baños enteros, las aplicaciones emolientes y narcóticas, las cataplasmas de harina de linaza bastarán las mas de las veces para calmar el dolor, pero no impedirán la supuracion.

No es preciso apresurarse á abrir el absceso, pues puede tomar una via natural por el conducto excretor de la glándula, lo que es preferible. Sin embargo, si el pus amenaza salir por otra parte, se podrá abrir eligiendo la parte mas delgada de la mucosa. Si la abertura se hiciera fistulosa, llenar las indicaciones de un tratamiento general; y si hay lugar, bajo el punto de vista local se recurrirá á las curaciones con la tintura de iodo disuelta en agua, la solucion de nitrato de plata, de vino aromático, ó á las inyecciones hechas con los líquidos.

Pelvi-peritonitis.—Hunter consideró como posible la inflamacion del ovario durante la blenorragia (1), por decirlo así, la orquitis en el hombre. Ricord, Aug. Vidal (de Cassis) y Cullerier han podido observar lo que Hunter miraba como posible, y han señalado la existencia de la ovaritis blenorrágica. Mercier (2) refiere una autopsia

(1) Hunter, *Traité de la maladie vénérienne*, traducido del inglés por A. Richelot, con numerosas anotaciones por Ricord 3.ª edicion. Paris, 1859.

(2) Aug. Mercier, *De la transmission de la blennorrhagia de la femme au péritoine par les trompes; de l'oblitération du pavillon et de la stérilité qui en sont la suite* (*Gazette des hôpitaux*, 1846, t. VIII, 2.ª série, p. 432.

hecha con cuidado en una mujer muerta de una fiebre tifoidea durante una blenorragia. La mucosa uterina tenia el color de heces de vino. La inflamacion se prolongaba hácia la mucosa de las trompas, que no estaban obliteradas del lado de la matriz. La cavidad de estas diversas partes contenian un moco puriforme bastante abundante. Se encontró poca ulceracion en el culo de saco vexico-uterino, lo mismo que en el culo de saco útero-rectal; habia falsas membranas y adherencias. El ovario y las trompas estaban tambien recubiertas de falsas membranas. A pesar de las adherencias numerosas que rodean el pabellon derecho, la cavidad comunicaba con el peritoneo.

El ovario puede conservar su volúmen y su consistencia, aunque cubierto de falsas membranas, si bien Bernutz y Goupil, en vista de una lesion imperfectamente limitada, han preferido dar al conjunto de las alteraciones que se encuentran, el nombre de pelvi-peritonitis (1), designacion en la cual se encuentra comprendida la tubo-ovaritis de los autores contemporáneos.

Mercier ha creido poder explicar por las adherencias del pabellon, que le impiden inclinarse hácia el ovario, la esterilidad de las mujeres públicas. Bernutz, por el contrario, asegura que las mujeres, teniendo una pélvi-peritonitis, pueden concebir. Mad. Boivin cree que las lesiones expuestas, sin impedir la fecundacion, predisponen al parto prematuro.

La pelvi-peritonitis parece bastante frecuente, segun Bernutz y Goupil. Estos autores creen que la tercera parte de los casos corresponden á la frecuencia de la orquitis blenorrágica en el hombre.

La enfermedad se anuncia por un dolor en uno de los lados del abdómen, algunas veces en todas las partes inferiores. Este dolor aumenta por los esfuerzos de la tos: el tacto le aumenta tambien, y hace conocer un engrosamiento al nivel de los ligamentos anchos. El tacto hace raras veces aparecer el dolor en el culo de saco anterior y posterior. Pero se siente como un tumor en la matriz; tumor que se confunde otras veces con abscesos peri-uterinos.

El síntoma predominante en la pelvi-peritonitis es el dolor.

La fiebre es proporcionada á la intensidad de los síntomas locales. Se han citado casos en que el dolor se ha pasado de un lado de la pélvis al otro, imitando, digámoslo así, la epididimitis de báscula.

La resolucion es la *terminacion* ordinaria de la pélvi-peritonitis blenorrágica. Por la influencia del reposo y de un tratamiento antiflogístico apropiado, disminuye de intensidad del dolor; que es el síntoma dominante; la hinchazon cesa poco á poco, la fiebre desaparece, y la enferma vuelve á sus ocupaciones. Pero la menor infraccion del régimen puede reproducir el estado agudo. La enfermedad puede tambien pasar al estado crónico, perdiendo su intensidad.

(1) Bernutz et Goupil, *Clinique médicale sur les maladies des femmes*. Paris, 1850, t. II.

La pélvi-péritonitis blenorrágica es análoga á la pelvi-peritonitis simple; pero aquella no hace desaparecer el flujo blenorrágico de las partes sexuales, si bien ejerce sobre él cierta influencia.

Desde luego, será conveniente, en la mayor parte de casos, elevarse á la causa empleando el espéculum, y se procurará investigar los antecedentes y la filiacion de los fenómenos. Empleando el espéculum en este caso, así como en otros varios, podrá el práctico confirmar la existencia posible de chancros simples y chancros sifilíticos que darán lugar á indicaciones expeciales. En las prostitutas son las en que se observa esta coexistencia, y de aquí surge la necesidad de las visitas sanitarias, visitas que serian ilusorias en muchos casos, si no se emplea el espéculum.

Resúmen general del tratamiento de la blenorragia genital de la mujer, y de sus complicaciones.—Precauciones generales.—Reposo y aislamiento de las superficies, hilas, lienzo fino, polvo de arroz, de licopodio, de sub-nitrato de bismuto.

Blenorragia vulvar.—Período agudo.—Unturas con sustancias crasas. Cerato simple ú opiado, etc., despues de los accidentes agudos; cauterizacion con una solucion de nitrato de plata.

Forma crónica.—No olvidar las indicaciones, si há lugar de un tratamiento general en relacion con el estado del sugeto.

Inflamacion de los folículos—Inyecciones de una solucion de nitrato de plata con la jeringa de Pravaz. En los casos rebeldes, procedimiento de Alf. Robert.

Blenorragia vaginal.—Los mismos medios referidos. El tratamiento abortivo es ineficaz. Aislar las superficies por el taponamiento con la hila empapada en un glicerolado astringente.

Si la reaccion es intensa, baños generales, y aun aplicacion de sanguijuelas. Régimen mas severo.

Vaginitis crónica.—Baños de rio, de mar, sulfurosos.

En los casos rebeldes, cauterizacion por el procedimiento de A. Martin (1). Despues del uso del nitrato de plata, se tocarán las partes con sustancias astringentes.

Blenorragia uretral.—Blenorragia aguda.—Antiflogísticos.—*Sub-aguda.*—Balsámicos; despues inyecciones de nitrato de plata á dósis doble ó triple que en el hombre. Introduccion en algunos casos rebeldes de un trozo de nitrato de plata sólido.

Blenorragia uretral crónica.—El último medio indicado puede ser utilizado con ventaja.

Si la inflamacion se ha localizado en las dos glándulas señaladas por Guérin, inyeccion cáustica con la jeringa de Anel ó de Pravaz.

Blenorragia uterina.—Reposo en la cama, baños generales, despues cauterizacion dos veces por semana con el nitrato de plata sólido.

(1) Belhomme et A. Martin, *loc. cit.* art. VAGINITE.

Inyecciones de nitrato de plata en la cavidad uterina. Procedimiento de Vidal (de Cassis), id. de Alph. Guerin.

Resúmen del tratamiento de las complicaciones especiales en la mujer.—Cowperitis de la mujer.—Antiflogísticos generales; raras veces son necesarias las sanguijuelas. Aplicaciones narcóticas. Cataplasmas. Si se forma pus, no hay que apresurarse á intervenir, porque generalmente se abre paso por el conducto escretor de la glándula. Llenar las indicaciones de un tratamiento general, si abriéndose en otro punto expontáneamente constituye una comunicacion fistulosa.

Pelvi-peritonitis.—Reposo en la cama. Antiflogísticos, y tratando á la enferma con los medios apropiados á las afecciones concomitantes de la vagina, de la uretra ó de la vulva, que pueden existir. En estos casos, como en otros varios, la coexistencia de los chancros no impide aplicar el tratamiento que convenga.

3.° COMPLICACIONES DE LA BLENORRAGIA COMUN Á LOS DOS SEXOS.

Estas son: la *adenitis*, la *cistitis*, el *reumatismo*, la *iritis blenorrágica*, la *conjuntivitis blenorrágica* y las *vegetaciones*.

a.—Adenitis.

No es forzoso que la *adenitis* sea precedida en el hombre de la linfitis del dorso del pene; generalmente se presenta repentinamente. Los vasos linfáticos del pliegue de la íngle se infartan un poco, se ponen doloridos, verificándose despues la resolucion.

La adenitis blenorrágica raras veces supura; Diday no há visto ejemplo alguno. La adenitis es unas veces unilateral y otras bilateral, puede presentarse en todos los períodos de la blenorragia, pero generalmente ocurre en el período de incremento.

Dos internos del hospital de l'Antiquaille, Nayrand y Bouchard, han registrado en las estadísticas hechas en el mismo, la relacion de frecuencia que existe entre la blenorragia y la adenitis. Nayrand ha hallado la relacion de 1 á 14 (1), Bouchard la de 1 á 17 (2); pero esta cifra está exagerada.

La adenitis blenorrágica se anuncia por un dolor en el pliegue de la íngle. Se observa despues la inflamacion del gánglio, que se presenta bajo la forma de tumor; la marcha de la enfermedad es la misma que la que se desarrolla simpáticamente á consecuencia del chancro, del cóito ó de una marcha forzada. Esta adenitis no tiene nada de específica. Si el pus de esta adenitis se inocula, el resultado es negativo. El reposo, los antiflogísticos ligeros, la compresion, y

(1) Nayrand, *Des adénites inguinales et de leur importance dans l'étude des maladies vénériennes*, thèse de Paris, 1862.
(2) Cité par Nayrand, *ibid.*

las pomadas resolutivas, son los medios que deben emplearse. En las personas escrofulosas, la adenitis se pone fungosa. Empléense además en este caso los medios generales que reclama el estado.

La vaginitis predispone mas á la adenitis que las otras variedades de blenorragia en la mujer.

b.—Cistitis blenorrágica.

§ I.—Causas.

La cistitis blenorrágica se observa con mucha frecuencia como una complicacion de uretritis blenorrágica en la mujer. La poca longitud del conducto explica en ella la facilidad de propagacion de la enfermedad.

La cistitis blenorrágica en el hombre parece desarrollarse en una época mas ó menos remota del desenvolvimiento de la blenorragia. En ciertos individuos se presenta sin causa apreciable, aun en aquellos que, sobre no cometer excesos, solo se ocupan en cuidarse bien. Desruelles ha observado que el descenso rápido de la temperatura coincide con el desarrollo de un gran número de cistitis. El cateterismo en los que tienen una estrechez á la par que una blenorragia, parece que predispone á la cistitis. El abuso de las bebidas y los excesos de toda especie son tambien causas predisponentes para la misma.

§ II.—Síntomas.

Solo el cuello de la vejiga es el afectado, como lo hace constar con mucha razon Rollet, á quien debemos una exactísima descripcion de esta complicacion confundida hasta él, con la uretrorragia. Es muy excepcional el que la inflamacion se propague al fondo de la vejiga, y aun así solo ocurre en el estado crónico, porque en el agudo no pasa del cuello.

La necesidad frecuente de orinar es el primer síntoma que anuncia la invasion de la enfermedad, y este síntoma es tanto mas manifiesto, cuanto mas progresa la inflamacion; cuando esta desciende, es algo menos frecuente la irresistible necesidad de orinar. Esta necesidad, que es en extremo frecuente, se anuncia y termina por un sentimiento de dolor, un tenesmo penosísimo del cuello de la vejiga, lo que se explica por las contracciones espasmódicas que hacen plegarse las túnicas inflamadas que constituyen el cuello. Esta sensacion se extiende hasta el periné, el púbis, algunas veces los muslos y los miembros inferiores, y ciertos individuos se ponen temblorosos.

La orina es escasa y deja un moco-pus mezclado á veces con sangre, y al fin de la miccion es sangre pura. Este flujo sanguíneo es debido á la accion mecánica ejercida sobre la mucosa por las con-

tracciones espasmódicas de las fibras musculares sobre el cuello de vejiga.

Cuando se hace orinar á los enfermos en un orinal, si no hay sangre, el moco-pus se deposita en el fondo del vaso; y si la hay, se precipita en el fondo; esta es la sangre pura que ha corrido al fin de la miccion; su color excede al moco rojizo que está debajo.

Si bien la enfermedad no ha terminado, porque la sangre deje de presentarse, es lo cierto que toca á su fin. El sedimento entonces es parecido al de la cistitis catarral; pero puede suceder que la inflamacion invada el cuerpo de la vejiga; el dolor es entonces hipogástrico, irradia á la region lumbar, el sedimento es muy abundante, los conatos de orinar frecuentes, pero los pinchazos son menos dolorosos; fenómenos todos que se aproximan al simple catarro de la vejiga.

La disuria ocasionada por la cistitis dura uno ó dos setenarios, y en general no hay fiebre.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

Por los fenómenos que acabamos de consignar en las personas atacadas de blenorragia uretral, el diagnóstico es fácil. La cistitis blenorrágica se distingue de la cistitis simple por su tendencia á fijarse en el cuello, por los pinchazos dolorosos y el flujo sanguinolento, que es su consecuencia.

No se confunda la cistitis con la prostatitis; estas dos afecciones tienen síntomas comunes, tales como el tenesmo y los pinchazos vexicales. En la prostatitis, son menos pronunciados; el dolor se fija en el periné, hay tenesmo anal que no existe en la cistitis. En la prostatitis, el dedo introducido en el recto sentirá en él el órgano hinchado, ardoroso y doloroso: en la prostatitis, en fin, no hay sangre á la conclusion de la miccion. La prostatitis ofrece disuria, retencion de orina á veces, lo que no se observa en la cistitis.

El moco de la cistitis, al depositarse en el fondo del vaso, no se puede confundir con la materia purulenta procedente de un foco, porque el pus que emana de este se arroja repentinamente y es abundantísimo respecto á la cantidad de moco en la cistitis.

§ IV.—Tratamiento.

Se han recomendado los antiflogísticos, particularmente las sanguijuelas en el periné y en el ano, los baños de asiento, las bebidas emolientes, las aplicaciones narcóticas, y sobre todo pequeñas lavativas laudanizadas al principio y en el período agudo de la enfermedad. Cuando empieza la resolucion, se usan los balsámicos ligeros, el agua de brea, la trementina, la tisana de yemas de abeto, bálsamo del Perú, y de Tolú. Los revulsivos locales, vejigatorios y

cauterios en el periné, han producido excelentes resultados al fin de la enfermedad (Aug. Vidal de Cassis).

Sin embargo, hay un medio heróico que no se ha ocultado á la sagacidad de Hunter; pero que autores contemporáneos han despreciado; este medio es el bálsamo específico de la blenorragia, la *copaiba*.

En 1855, Baizeau comunicó á la Sociedad de Medicina de Lyon una Memoria en la que preconizaba el uso de los balsámicos en varios casos de hematurias blenorrágicas. J. Rollet hizo en esta época el ensayo del mismo medio en la Antiquaille, llegando á adquirir la conviccion de que el remedio mas pronto y mas seguro para curar la cistitis blenorrágica con hematuria era la pocion de Chopart, que tiene hoy la importancia de un específico.

Se la administra, segun la tolerancia del estómago, de una á cuatro cucharadas, ordinariamente dos por dia.

En dos dias se ve desaparecer el flujo sanguíneo; pero es menester darla al principio. En seis ú ocho dias se curan tambien cistitis que hubieran necesitado meses enteros. Pero si la pocion de Chopart no fuese tolerada, se recurre á la mezcla de copaiba y cubeba. Esta seria la ocasion de emplear la esencia de *sándalo* que Panas ha introducido en la práctica.

c.—Reumatismo é iritis blenorrágicas.

Swediaur (1) es el primero que ha consignado la existencia del reumatismo blenorrágico. Hunter habia entrevisto el carácter esencial de esta complicacion, carácter que consiste en la repeticion del reumatismo en cada nueva blenorragia. Todos los autores que se han ocupado de este punto así lo han consignado. Mas tarde, Wetch y Mackenzie (2) describen una iritis blenorrágica. Esta iritis ha sido asimilada por Rollet al reumatismo blenorrágico en una Memoria en la que está complicacion de la blenorragia ha sido expuesta de una manera tan original como acabada (3).

§ I.—Causas.

Debemos consignar dos hechos importantes: 1.° la frecuencia del reumatismo durante la blenorragia, y 2.° la repeticion del mismo en cada nueva blenorragia. En la Antiquaille se creia que la relacion del reumatismo con la blenorragia era de 1 á 3.

(1) Swediaur, *Traité des maladies vénériennes*, Paris, 1817.
(2) Mackenzie, *Traité pratique des maladies des yeux* traduit de l'anglais et augmenté de notes par E. Warlomont et A. Testelin. Paris, 1856.
(3) Rollet, *Nouvelles recherches sur le rhumatisme blennorrhagique*. Lyon, 1858, et Sordet, thèse de Paris, 1859.

Por otra parte, Brandes (1) ha consignado en 34 casos de reumatismo, 8 ejemplos de recidiva en dos, tres y cinco años, etc. de distancia. Ricord ha hecho la misma observacion; Rollet ha recogido cinco observaciones del mismo género.

Para los que no crean en la relacion de causa á efecto entre la blenorragia y el reumatismo, se han dado otras explicaciones. El enfriamiento durante el cóito, los baños, la copaiba y la cubeba, la edad, el temperamento, las costumbres, las predisposiciones, han sido sucesivamente tomadas como causas para explicar esta coexistencia del reumatismo y la blenorragia, pero sin resultado. El sexo ejerce la influencia de causa predisponente.

Foucart en 1846, Brandes (de Copenhague) un poco despues, niegan el reumatismo blenorrágico en la mujer. Pero Cloquet (2), Ricord (3), Augusto Vidad de Cassis (4), Lagneau (5), Cullerier (6), y Richet, afirman haber visto ejemplos.

En efecto, el reumatismo blenorrágico existe en la mujer, pero es muy raro.

La abundancia del flujo parece ser la condicion mas general de la que depende mas ó menos directamente el ataque reumático. Durante el período agudo es cuando generalmente suele manifestarse aquel, y en los enfermos que tienen flujo crónico observan que por una influencia cualquiera el flujo pasa al estado agudo.

El reumatismo blenorrágico obra sobre el flujo; pero no se sabe con fijeza la intensidad con que obra. Unas veces, y es el caso mas raro, suprime el flujo, y en otras no tiene sobre este sino una pequeña influencia. Por simpatía se opera este fenómeno, del mismo modo que la simpatía nos ha servido para explicar la orquitis. No se han publicado mas observaciones de blenorragia que las de la uretral que dan lugar al reumatismo blenorrágico.

§ II.—Síntomas.

Los fenómenos generales son los que anuncian generalmente la invasion de la enfermedad en las articulaciones. Algunas veces, por el contrario, la complicacion que nos ocupa se anuncia por escalofrios, cansancio general, embarazo gástrico. Pero los síntomas generales son infinitamente menores cuando indican solo la invasion del reumatismo blenorrágico.

Los síntomas del reumatismo blenorrágico pueden estudiarse en el aparato circulatorio, las articulaciones y el ojo.

(1) Brandes, *Archives générales de médecine*, 1856.
(2) Cloquet, *Dictionnaire* en 30 volumes, art. ARTHRITE.
(3) Ricord, *Annotations* à Hunter, 1859.
(4) Vidal (de Cassis), *Traité des maladies vénériennes*.
(5) Lagneau, *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1803, p. 19.
(6) Cullerier, *loc. cit.*, p. 149.—Richet, *ibid.*

1.° *Aparato circulatorio.*—Si se sangra al enfermo, el coágulo no ofrece esa costra espesa que se encuentra en la sangre de los reumáticos. El coágulo es mas blando, y esto explica la poca intensidad de la fiebre. Ricord, Brandes, Lehmann y Hervieux han consignado casos en los que se han observado los signos de la endocarditis ó pericarditis, pero estos síntomas no han adquirido toda la intensidad que presentan en los reumatismos ordinarios.

2.° *Artritis.*—El reumatismo blenorrágico en general es monoarticular, rara vez poliarticular. Las vainas de los tendones se hallan afectadas algunas veces. En las estadísticas formadas por diversos observadores para decidir, qué articulacion es la mas generalmente afectada, vemos que, por el órden de frecuencia, es la articulacion fémoro-tibial, y despues la tibio-tarsiana.

En 26 casos (Foucart), 18 veces lo ha sido la fémoro-tibial, 15 la tibio-tarsiana.

En 75 (Brandes), 28 fémoro-tibiales y 14 tibio-tarsianas. En 64 casos (Rollet) 22 fémoro-tibiales y 11 tibio-tarsianas.

Las demás articulaciones que se afectan despues de estas, son por lo general las de los dedos de manos y piés.

Los dolores son variables: Velpeau ha observado casos en los que faltaban completamente, mientras que Swediaur les califica de atroces; pero por regla general los dolores son vivos, aunque menores que en el reumatismo ordinario.

La hinchazon es algunas veces considerable y debida al derrame que se efectúa en la serosa, y la fluctuacion es de cuando en cuando muy perceptible.

La inflamacion es menos movible en el reumatismo ordinario, la duracion variable, y la terminacion por anquilosis se observa algunas veces. Los tumores blancos pueden ser una consecuencia en los escrofulosos. La terminacion por supuracion, si es que alguna vez se ha observado, solo lo ha sido una por Halscher.

3.° *Iritis.*—Pertenece á J. Rollet el haber establecido las relaciones de la iritis blenorrágica, y de la artritis en su Memoria de 1858, si bien ya la consignaron Saint-Yves (1) y los médicos ingleses, la describió perfectamente Mackenzie (2), y fué estudiada despues por Ricord, Aug. Vidal (de Cassis), y por Brandes. Rollet ha consignado seis observaciones en las que la artritis y la iritis han coincidido ó se han sucedido.

Por regla general son las articulaciones las que primeramente se afectan; despues lo es el ojo, por el que empieza la enfermedad en las recidivas; pero si el ojo há sido afectado primeramente, lo sigue en las veces sucesivas. Segun J. Rollet, el reumatismo blenorrágico se complica en la proporcion de uno á diez con la iritis, pero Ricord ha

(1) Saint-Yves, *Nouveau traité des maladies des yeux*. Paris, 1722.
(2) Mackenzie, *Traité pratique des maladies des yeux*, traduit de l'anglais et augmenté de notes par E. Warlomont et A. Testelin. Paris, 1857, t. II.

observado casos de iritis sin artritis. Rollet, por el contrario, no ha visto jamás que falte la lesion articular cuando se manifiesta la iritis; siendo para él evidente «que ambas lesiones forman juntas parte de un estado, hasta cierto punto constitucional, que ha creido deber designar con el nombre genérico de reumatismo.»

El cirujano de Lyon describe la lesion del ojo del modo siguiente:

«La inflamacion ocular es bastante viva al principio. Empieza generalmente por la rubicundez de la conjuntiva y de la esclerótica, y por una alteracion notable de la cara posterior de la córnea. La inflamacion afecta prontamente la cara anterior del íris, que pierde su coloracion natural. Durante algunos dias, la enfermedad parece consistir en una aquo-capsulitis, pasando despues al estado de iritis serosa; la pupila se contrae y la vision se oscurece, verificándose entonces un derrame abundante de linfa coagulable que llena rápidamente la pupila, y algunas veces cae por masas considerables en la cámara anterior. Ninguna otra iritis presenta este síntoma en el mismo grado.

»Hay en el ojo y su rededor un dolor violento con fotofobia (1).»

La conjuntiva no supura como en la oftalmía purulenta, ni presenta absceso, ni condiloma, como en la iritis sifilítica. La enfermedad adquiere una gran intensidad y tiene un curso rápido; cediendo á un tratamiento bien conducido. La iritis blenorrágica no suele afectar mas que á un ojo, si bien se extiende á veces á los dos. Si el enfermo se expone al frio se presentan recrudescencias.

§ III.—Tratamiento.

Para los autores que han creido que el reumatismo blenorrágico procedia, ya de la supresion, ya de la disminucion del flujo, el tratamiento consiste en aumentar este flujo. Pero como nosotros hemos observado que el flujo es la causa del reumatismo, el médico debe dedicarse á hacerle desaparecer lo mas prontamente posible.

Las sangrías generales no convienen por lo regular en esta complicacion, á no ser que el enfermo tenga un temperamento sanguíneo y que haya algunas articulaciones afectadas. Las sangrías locales, por el contrario, están perfectamente indicadas, siempre que la articulacion esté dolorida, tumefacta, rubicunda. Los medicamentos internos, tales como el *nitrato de potasa*, la *tintura de colchico*, los *polvos de Dower*, gozan de la propiedad de activar el flujo, por cuya razon están contraindicados. Es mejor tratar directamente la blenorragia por los medios que dejamos ya referidos. El ioduro potásico ha prestado buenos servicios en los casos crónicos.

Los *baños de vapor* pueden ser útiles cuando el reumatismo tienda á pasar al estado crónico. El aparato portátil del doctor Chevandier

(1) Rollet, *Nouvelles recherches sur le rhumatismé blennorrhagique.*

(de Die) tendrá su indicacion en los puntos en que no haya un establecimiento expecial, ó si los enfermos de las grandes poblaciones quieren tomar el baño á domicilio (1).

Los *vegigatorios ambulantes* constituyen una excelente medicacion cuando el reumatismo solo ataca á una ó dos articulaciones. Los tónicos, los ferruginosos, los amargos, los baños sulfurosos, etc., forman un buen tratamiento general, si bien debe siempre concurrir otro expecial para auxiliar á las constituciones debilitadas.

La *compresion* está indicada para resolver ciertos infartos rebeldes.

Se combatirá la iritis primero con antiflogísticos locales: sanguijuelas á las sienes y vegigatorios sobre la misma region, y se mantendrá corriente el vientre con purgantes apropiados.

Los colirios con *belladona* corregirán la tendencia del iris á adherirse á la cápsula del cristalino.

El ungüento napolitano con belladona se le aplicará en fricciones alrededor de la órbita; pero el medio que mejor obra es el calomelano en pequeña dósis á fin de que produzca una ligera salivacion.

d.—**Blenorragia conjuntival, ó conjuntivitis blenorrágica.**

La conjuntivitis blenorrágica es una complicacion mas rara en la mujer que en el hombre; reconoce por causa el contagio directo ó mediato y no la simpatía. Esta última causa produce la irritis blenorrágica y una conjuntivitis que ni es contagiosa ni purulenta.

§ I.—Síntomas.

Hácia el segundo setenario es cuando se la observa, y cuando el flujo se halla en el estado sub-agudo.

«La conjuntiva, dice Rollet, se pone rubicunda, tumefacta, y bien pronto se cubre de un flujo puriforme abundante. La rubicundez y la hinchazon de la mucosa progresan incesantemente. Los párpados están tambien hinchados, endurecidos, rojizos, edematosos. El superior apoyado fuertemente en el inferior al que cubre, difícilmente se le puede levantar, y algunas veces el borde libre está vuelto hácia afuera.

»La conjuntivitis ocular se infiltra de serosidad formando un quemosis, algunas veces se inflama el tejido celular sub-cutáneo y se pone flegmonoso. Se altera la córnea, se reblandece, se infiltra de pus, se ulcera ó se mortifica por extrangulacion, y por último se perfora, escapándose el humor acuoso con el cristalino y formándose la hernia del iris (2).»

La córnea se ulcera á veces en su circunferencia; y la hernia del

(1) Chevandier, *Gazette médicale de Lyon*, número del 16 Julio 1865, p. 324.
(2) Rollet, *loc. cit.*, p. 407.

íris viene á situarse sobre un punto de esta misma circunferencia; en otros casos se detiene la ulceracion, se adelgaza la córnea y se forma un estafiloma, habiéndose ya observado el perderse los dos ojos en pocas horas.

El dolor es poco manifiesto al principio, pero no tarda en irradiarse hácia la frente, las sienes, la órbita. El flujo aumenta rápidamente y escoria las mejillas al pasar. La reaccion general es corta al principio, pero aumenta cuando se afectan las partes profundas.

§ II.—Diagnóstico y pronóstico.

Es preciso dar una grandísima importancia á los antecedentes, y examinar los órganos genitales, como lo hacia Dupuytren. La conjuntivitis purulenta es igual á la oftalmía de Egipto y que la mayor parte de las conjuntivitis purulentas de los recien nacidos.

Pronóstico.—Muy reservado; pueden perderse los dos ojos en algunas horas, porque la córnea puede perforarse á las ocho ó doce horas despues de la invasion.

§ III.—Tratamiento.

Tratamiento profiláctico.—Eviten á toda costa el contagio mediato ó directo. El enfermo tendrá un cuidado extremo en no frotarse los ojos, si siente comezon despues de una cura, tener con sus manos un cuidado excesivo, lavarlas minuciosamente cada vez que haya orinado ó aplicado algun medicamento, evitando sacudir el miembro despues de la miccion.

Tratamiento abortivo.—Es el solo eficaz, porque así se evita que haga progresos la enfermedad.

Lavatorios frecuentes al ojo con agua tibia, sirviéndose de duchas oculares preconizadas por Chassaignac (1) y Rieux. Pero sobre todo cauterizar enérgicamente la mucosa conjuntiva en todas sus partes, evitando muy expecialmente de tocar en la córnea.

Por este motivo proscribimos, á ejemplo de Desmarres, los colirios de nitrato de plata, que se extienden por todo, lo mismo sobre la córnea que sobre el resto.

La cauterizacion debe hacerse por el práctico con el lápiz de nitrato de plata, teniendo cuidado de no bajar las pupilas despues de esta cauterizacion, tocando con un pincel mojado en agua salada toda la superficie cauterizada, á fin de neutralizar los excesos del nitrato de plata.

(1) Chassaignac, *Ophthalmie purulente des nouveau-nés (Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. XXV, 23 de Agosto, año 1847).—Rieux, *Union médicale*, 1847, números 137, 138, 139, 140;—*Du traitement des phlegmasies de l'œil par la douche oculaire*, lu au congrés de Lyod, 1864.

Una sola cauterizacion que haya cubierto todo, basta para evitar la exageracion del método.

Si hay quimosis, Ricord aconseja excindirla; Desmarres prefiere las escarificaciones. Deben llenarse estas indicaciones antes de la cauterizacion. Duchas oculares frecuentes de agua tibia, teniendo buen cuidado de cerrar el ojo sano y de tenerlo constantemente al abrigo durante el tratamiento por temor del contagio.

La resolucion, cuando tiene lugar, es lenta.

e.—Vegetaciones.

Las vegetaciones han sido conocidas en todos los tiempos; los árabes y los arabistas las han descrito. Se cree que Pierre Maynard (1) fué el primero que la ha referido á la sífilis en 1518.

§ I.—Anatomía patológica.

La vegetacion está esencialmente caracterizada por una hipertrofia papilar.

Las vegetaciones son algunas veces vasculares, otras veces muy duras, *verrucoides*.

Las primeras se manifiestan donde la mucosa es débil, las segundas donde es densa, y mas expecialmente en los que tienen el glande al descubierto.

Las variadas formas que afectan las vegetaciones derivan todas del mismo tipo, de la hipertrofia papilar.

§ II.—Causas.

Las vegetaciones pueden presentarse en toda edad: en la infancia, de ocho á diez años; en la juventud, como en la vejez, y fuera de toda causa venérea, como ha sido notado por muchos observadores, como Guersant (2), Demarquay, Boys de Loury y Costilhes (3), Diday, Melchior Robert (4).

Thibierge (5) ha estudiado perfectamente las causas de las vegetaciones en las mujeres embarazadas. Sus estudios le han llevado á concluir que las dos causas principales pueden ser reconocidas: 1.° por una congestion de los capilares de la mucosa vaginal; 2.° por la irritacion concomitante producida sobre esta mucosa, por el líquido acre que fluye de las partes genitales durante el embarazo.

(1) Maynard, *Aphrodisiacus*, t. I. p. 490.
(2) Guersant, *Union médicale*, Mayo 1867.
(3) Boys de Loury et Costilhes, *Gazette médicale*. Paris, 1847. p. 314.
(4) Melchior Robert, *Nouveau traité des maladies vénériennes, d'après les documents puisés dans la clinique de Ricord et dans les services hospitaliers de Marseille*.
(5) Thibierge, *Archives générales de médecine*, 1856.

En las mujeres en cinta sifilíticas, se ve al lado de las vegetaciones algunas veces accidentes sifilíticos confluentes. El tratamiento específico mejora notablemente ó cura estos últimos sin que las vegetaciones influyan para esto en nada.

La causa mas acentuada de las vegetaciones es la irritacion producida por el *pus blenorrágico* en los sitios donde este se estanca, expecialmente en los individuos que descubren difícilmente, ó que no descubren completamente.

La acritud del pus del *chancro simple*, ó de pus sifilítico obra de una manera análoga, es decir, mientras es simplemente irritante; y es por este motivo que se ven desenvolver las vegetaciones alrededor del chancro.

Las causas predisponentes son poco conocidas: se ha hablado de la diátesis herpética, de la predisposicion de personas que tienen verrugas (Diday) (1); pero no hay nada de decisivo á este respecto.

El contagio no se puede admitir. Las observaciones del chancro sobrevenido despues de la irritacion y de la secrecion de las vegetaciones, no son concluyentes. En el caso de Dolbeau, un chancro simple, que pasó desapercibido á un exámen superficial, estaba oculto necesariamente bajo la vegetacion. Puche lo juzga así, con lo cual conviene tambien Lafon-Gouzy (2). Las inoculaciones de Ricord y de Rollet han dado resultados negativos. Jamás una vegetacion, fuera de toda coexistencia, ha producido la sífilis. ¿Una vegetacion produce otra vegetacion? Aug Vidal (de Cassis) y Velpeau lo creen así; pero en vista de diez experimentos llevados á cabo por Robert (3) en sí mismo, la cuestion no nos parece susceptible de recibir actualmente una solucion satisfactoria.

§ III.—Síntomas.

Las vegetaciones llaman la atencion del enfermo mas por la molestia que ocasionan, que por el dolor; algunas veces, sin embargo, se desenvuelven alrededor del ano, ó en el repliegue balano-prepucial, en las personas que tienen el glande recubierto sobre el frenillo, causándoles prurito; las papilas hipertrofiadas se reunen y pueden presentar masas sesiles ó pediculadas.

Sesiles, representan, reunidas en ciertas masas, la forma de fresas, frambuesas; pediculadas, simulan pequeñas coliflores. En esta última variedad, los diversos lóbulos, desde luego separados, se pueden reunir. Su aspecto es fácil de conocer, y las complicaciones inflamatorias pueden hacerles perder su forma ordinaria.

Si estas masas vegetantes están protegidas por el prepucio, se ponen rojas, y sangran fácilmente; y si por el contrario no están

(1) Diday, *Exposé des nouvelles doctrines sur la syphilis*, p. 221.
(2) Lafont-Gouzy, *Syphilis des nouveau-nés*. Toulouse, 1854, t. II.
(3) Melchior Robert, *Études sur deux points de syphilographie*. 1850, p. 23.

protegidas, se ponen duras, como córneas y cubiertas de un punto morenuzco que ocasiona la supuracion.

Bajo ciertas influencias, pueden inflamarse, sobrevenir la gangrena, *eliminarse algunas porciones, y su olor es muy fétido.*

Con la presion producida por el acrecentamiento de las masas vegetantes bajo el prepucio, este puede perforarse; en este caso, la enfermedad, en su conjunto, presenta ciertas analogías aparentes con el cáncer.

En el ano, las vegetaciones son dolorosas y pueden ocasionar hemorragias durante la defecacion.

En la vagina, si el volúmen es considerable, las vegetaciones pueden impedir las relaciones sexuales y la parturicion.

En el conducto de la uretra, las vegetaciones impiden considerablemente la miccion en ciertos casos.

En el periné y en la cara interna de los muslos pueden impedir la marcha y están espuestas á inflamarse. El mismo glande puede ser atrofiado en cierta extension, y el prepucio ceder bajo la presion, y perforarse. La adenitis se presenta algunas veces, cuando las vegetaciones se inflaman, y es simpática.

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

Al principio el diagnóstico es delicado, y necesita una gran práctica para decidirse con certeza; cuando las granulaciones tienden á las vegetaciones, se ven pequeñas eminencias redondeadas y lustrosas reposando sobre una base espesa y vascularizada. Estas parecen desprovistas de *epitelium*. Se debe recurrir á la lente.

Pero si el diagnóstico es dudoso, no lo es en el período de estado cuando el tejido no ha sufrido ninguna alteracion.

Cuando la enfermedad es crónica, la duda no puede admitirse; es necesario obrar y pronto, y sobre todo en el caso en que haya masas fungosas, que hayan perforado el prepucio y asemejándose el cáncer.

En caso de incertidumbre, cortar las vegetaciones; si es el cáncer, la superficie excindida no tardará en presentar sus caractéres, y si no quedará curada la úlcera.

Los conmemorativos son de un grande auxilio.

Las placas mucosas tienden algunas veces á aumentarse; los conmemorativos no alteran el vírus, y sobre todo el tratamiento. En el caso de vegetaciones del conducto de la uretra, el cateterismo, la separacion de los labios del meato y la cucharilla para sacar la piedra de la vejiga, de Leroy de Étiolles (figura 138), servirá para establecer el diagnóstico.

§ V.—Tratamiento.

A una afeccion local no conviene tratamiento general, pero sí medios locales.

El tratamiento puede dividirse en profiláctico, paliativo y curativo. Los medios profilácticos consisten en evitar las causas que hemos visto mas arriba, á impedir la supuracion en las partes en que las vegetaciones se desenvuelven con mas facilidad. El enfermo debe observar cuidados de limpieza minuciosos. Cuando las vegetaciones sean muy pequeñas, se emplearán lociones, con soluciones astringentes.

Se practicará la circuncision en los individuos que descubren difícilmente, y que se hallan en el principio de la enfermedad.

En caso de chancros se harán frecuentemente las curas.

Paliativos.—El *polvo de sabina* es un medio que no deja de ser eficaz en algunas circunstancias, y de todos los paliativos es el mejor. Las partes afectas deben ser muy pulverizadas. Pueden verse muchas veces caer las vegetaciones como desecadas bajo su influencia.

El tratamiento curativo comprende la excision y la cauterizacion.

Excision.—Este es el medio que se presenta como el mas natural. Debe cortarse la vegetacion en su base contra la misma piel: se cortará toda hasta una porcion de mucosa adherente, para quedar seguro de su desaparicion. Esto es, en los casos sencillos; pero si hay masas enormes que hayan desfigurado las partes, ó las hayan ocultado, será necesario algunas veces escultar los órganos ocultos bajo las masas vegetantes, expecialmente cuando el glande encerrado está oculto por la produccion nueva.

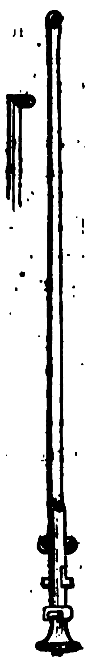
En las mujeres en cinta se aguardará, porque la experiencia enseña que el embarazo basta para poner un término á la enfermedad.

Cauterizacion.—Pueden cauterizarse directamente las vegetaciones, teniendo todo el cuidado posible. El nitrato de plata fundido está indicado para las vegetaciones nacientes. Se ha preconizado el ácido acético, el nitrato ácido de mercurio, el ácido crómico, que puede tener peligros en una enfermedad tan benigna; y en fin, la pasta carbosulfúrica. Lo mas frecuente es servirse juntamente del bisturí y de los cáusticos.

En los casos simples debe cauterizarse con el nitrato de plata inmediatamente despues de la excision.

Si la úlcera es ancha, es mejor esperar á que supure. Se podrá tambien para esto aguardar á que la mucosa se vuelva á cubrir de nuevas producciones vegetales.

Si hay fimosis, ulcerada ó no, se hendirá el prepucio.


Fig. 138. Cucharilla de Leroy (d'Etiolles).

Para las vegetaciones del interior del conducto de la uretra, cateterismo, con una sonda impregnada en pomadas astringentes. Si la compresion así hecha no bastase, se recurrirá á la cucharilla de Leroy (d'Etiolles) (fig. 138).

Resúmen del tratamiento de las complicaciones comunes á los dos

sexos.—**Adenitis.**—Reposo, antiflogísticos ligeros. Compresion. Pomadas resolutivas. Medios generales reclamados por la constitucion linfática ó escrofulosa.

Cistitis.—*Período muy agudo.*—Los antiflogísticos pueden intentarse, pero los balsámicos son preferibles. La pocion de Chopart, remedio específico, dos ó cuatro cucharadas por dia.

En el momento de la resolucion, tisana de yemas de abeto, trementina, agua de brea, bálsamo del Perú, etc.

Revulsivos.—Vejigatorios, cauterios al periné, esencia de sándalo.

Reumatismo blenorrágico.—Por lo comun nada de antiflogísticos generales; las sangrías locales están indicadas, pero no los medicamentos diuréticos. *Casos crónicos:* Ioduro potásico; baños de vapor trementinados; vejigatorios ambulantes. Para las constituciones debilitadas, los medios generales apropiados. La compresion está indicada en los casos de infartos articulares.

Iritis blenorrágica.—Colirio de belladona; fricciones alrededor de la órbita con ungüento mercurial belladonado. Al interior calomelanos á dósis pequeñas.

Blenorragia conjuntival.—Tratamiento *profiláctico:* Que el enfermo evite por todos los medios imaginables y á todo trance el llevar la mano sucia á los ojos. Grandes precauciones de limpieza en las manos.

Tratamiento *abortivo.* Es el único eficaz. Locion frecuente del ojo, duchas oculares (Chassaignac), despues cauterizacion enérgica de la mucosa conjuntival en todos sus puntos, *evitando cuidadosamente tocar á la córnea.* Por este motivo están proscritos los colirios. Toques directos con la piedra de nitrato de plata, neutralizar el exceso de sal de plata, acto contínuo y sin dejar caer los párpados pasar por la superficie cauterizada, MENOS la córnea, un pincel humedecido en agua salada ó en un vaso de agua, á la que se adiciona algunas gotas de ácido clorihídrico. Es suficiente una sola cauterizacion bien hecha.

Si hay *quimosis*, excisiones (Ricord), escarificaciones (Desmarres).

Antes de obrar debe empezarse por poner al abrigo del contagio el ojo sano por una curacion metódica por oclusion.

Vegetaciones.—El tratamiento siempre local.

Tratamiento profiláctico.—Limpieza; evitar la permanencia del pus sobre las partes expuestas á esta complicacion. Si las vejetaciones son pequeñas, soluciones con líquidos astringentes; circuncision, en fin; polvo de sabina es eficaz en algunos casos.

Tratamiento curativo.—Excision completa y cauterizacion consecutiva.

4.° BLENORRAGIA ANAL.

Síntomas.—La blenorragia anal se anuncia por escozor y calor en el ano, dolor vivísimo con sensacion de desgarramiento en el mo-

mento de la defecacion. La mucosa está rubicunda, escoriada algunas veces, hinchada, contraida. No siempre es fácil hacer un perfecto exámen de las partes afectadas, porque la contraccion del ano es tal en varios sugetos, que cuesta trabajo extenderla. El flujo es abundante, espeso, amarillo, amarillo verdoso. Su acritud determina algunas veces rubicundez en la ranura perineal, determinando en ella una especie de intértrigo. Hemos inoculado una vez el pus de una blenorragia anal, desarrollando en el muslo un chancro simple. Un nuevo exámen del enfermo nos permite confirmar la existencia de chancros simples múltiples en el recto, chancros que coinciden con la blenorragia, pero cuya confrontacion no hemos podido hacer. Además de los signos de la blenorragia anal, se podrán hallar, en los que se entregan á los hábitos pasivos de la pederastia, los caractéres que han marcado los médicos forenses.

La deformidad infundibulada del ano, el estado particular de las nalgas, y en lugar de una contraccion enérgica del esfínter, una relajacion mas ó menos marcada de los músculos constrictores del ano, y la desaparicion mas ó menos completa de los pliegues del mismo (1).

Frecuencia.—La blenorragia anal es rara en el hombre y mas frecuente en la mujer. Se comprende por lo tanto que en esta reconozca la enfermedad generalmente por causa, la blenorragia de la vulva, que se inocula accidentalmente por la situacion inclinada ó pendiente de las partes, cuando en los enfermos hay ya una blenorragia de los órganos genitales.

Es tambien orígen de ciertos chancros no sifilíticos, que pueden inocularse de la misma manera sin que haya habido relaciones antifísicas.

Diagnóstico.—El diagnóstico de la blenorragia anal no es difícil, porque otros flujos del ano reconocen diferentes causas, que el práctico podrá siempre averiguar por la presencia de oxiuros ó la degeneracion del recto, etc., que sostienen un flujo cuyo curso crónico difiere de la enfermedad aguda que acabamos de indicar.

El pronóstico no es grave. La enfermedad solo pasa al estado crónico en los que continúan entregándose á sus depravados hábitos.

El tratamiento *antiflogístico* es el único en que debe pensarse en el *periodo agudo*. El *reposo*, los *baños generales*, los *de asiento*, las *lavativas emolientes* y las *bebidas refrigerantes*, son los medios indicados al principio de la enfermedad.

Aliviado los síntomas inflamatorios, lo que se conocerá por la disminucion del dolor, por la modificacion del flujo, que se hace menos espeso y oscuro, se procurará alterar la superficie secretora por ligeras cauterizaciones con el nitrato de plata.

R. Nitrato de plata. 10 á 20 centíg. | Agua.................... 60 gramos.

(1) Véase Tardieu, *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs.*

Si estas cauterizaciones se hacen en toda la superficie enferma, es decir, en un momento en que no está muy dilatada, el práctico obtendrá excelentes resultados.

Este es el momento en que las lavativas astringentes están indicadas, porque ha pasado el período agudo. Se podrán ordenar tambien inyecciones con *extracto de ratania y el agua de Goulard*, haciendo de ellas la base del tratamiento. El aislamiento de las superficies, que tan útil y ventajosa es en otras variedades de blenorragia, produce en esta excelentes efectos cuando los enfermos soportan bien las mechas aisladoras. Tambien se puede, para hacer mas completa su accion, cubrirlas con una capa de pomadas catereticas, cuya base la pueden formar el sulfato de zinc, el tanino ó el nitrato de plata.

Resúmen del tratamiento de la blenorragia anal.—Período agudo: Antiflogísticos variados, rara vez sanguijuelas. En el *período de resolucion*, ligeras y prontas cauterizaciones con el nitrato de plata; lavativas é inyecciones astringentes; aislamiento de las superficies por las mechas cubiertas de pomadas mas ó menos cateréticas.

ARTÍCULO III.

FLUJOS BLENORRÓIDEOS.

Estos flujos difieren de los precedentes por sus causas, por algunos de sus síntomas, y casi todos por el tratamiento que requieren. Pero su carácter esencial es el de no ser contagiosos, mientras que los flujos blenorrágicos, propiamente dichos, lo son. Esta naturaleza benigna de ciertos flujos de los órganos genitales está reconocida por la mayor parte de los autores. Sin embargo, hace poco tiempo que están clasificados aparte, como lo hacemos hoy, si bien es cierto que las observaciones que pudieran servir de base á esta historia no son ni bastante numerosas, ni bastante precisa en general. No tenemos la pretension de decir sobre este asunto mas que nuestros antecesores, pero debemos al menos señalar el lugar á que pertenecen los flujos de que hablamos, atendiendo á que el mayor adelanto de la ciencia permite hoy ser mas precisos y trazar una historia mas completa.

§ I.—Causas.

Las causas son de dos órdenes: ó puramente *inflamatorias, irritativas;* ó bien dependen de un estado general ó *diatésico*, de la cual la afeccion blenorróidea no es mas que un síntoma.

1.° *Causas de naturaleza inflamatoria.*—Entre estas causas colocaremos la existencia de una materia irritante sobre las mucosas genitales; todo traumatismo sobre estas partes que pueda desarrollar un flujo; las *inyecciones* mas ó menos cáusticas empleadas con un objeto

experimental (Swediaur, Cullerier) ó preventivas, como lo hacen muchos jóvenes.

Hé aquí cómo se expresa Swediaur: «Resuelto en 1782 á hacer sobre mí mismo una experiencia decisiva, puse seis onzas de agua, á la que agregué tanto amoníaco (álcali volátil cáustico) cuanto fué necesario para dar á la mezcla un sabor muy picante y quemante. Hice esta inyeccion á las ocho de la mañana, comprimiendo la uretra con una mano por debajo del riñon para impedir que el líquido se extendiese mas allá, y para que se detuviese exactamente en el punto que es comunmente el sitio de la gonorrea sifilítica. En el momento que el líquido tocó el interior de la uretra, experimenté un dolor tan insoportable, que no pude retener la inyeccion mas de un segundo. Retiré, sin embargo, la jeringa casi en el mismo instante de la inyeccion, y el líquido inyectado se salió. Una segunda inyeccion me ocasionó el dolor mas fuerte que yo hubiese podido sentir en mi vida. Sin embargo, retuve la inyeccion cerca de un minuto; el dolor se hizo entonces tan cruel, que no pude soportarle por mas tiempo, y retiré la jeringa...

»Me acosté en seguida; me ví obligado á orinar, lo que no habia hecho desde que verifiqué la inyeccion; y cuando la orina llegó al sitio en el que la inyeccion habia permanecido, experimenté un dolor cruel, pero menos fuerte de lo que me esperaba.

»Al dia siguiente por la mañana, al despertarme, observé un flujo bastante considerable de naturaleza puriforme, del mismo color amarillo verdoso que el de las gonorreas virulentas. El dolor que causa el paso de las orinas se habia aumentado mucho, y á la noche siguiente mi sueño fué interrumpido por erecciones involuntarias. A la mañana del siguiente dia la evacuacion era mas abundante y casi del mismo color, excepto que era un poco verdosa; pero el dolor, al orinar, era entonces tan agudo, que resolví apaciguarle inyectando un poco de aceite de almendras dulces tibio, con lo que me alivié mucho.

»El flujo continuó por cinco dias, y el dolor *disminuyó de una manera notable durante este intervalo* (1), etc.» Swediaur agrega que la inflamacion se extendió mas y mas hasta el cuello de la vejiga, y que finalmente, la inflamacion que se habia producido duró seis semanas.

En la experiencia de Swediaur, la dósis del líquido estimulante era excesiva, y sin embargo notamos un punto importante, y es el de que mientras en una verdadera blenorragia los síntomas agudos llegan en cinco dias á su máximo de intensidad, aquí el dolor disminuye justamente durante ese período, es decir, inmediatamente despues de la cesacion de la causa irritante. Pero por regla general, las cosas pasan de un modo mas sencillo. «Yo he visto muchas veces, dice J.

(1) Swediaur, *Traité des maladies vénériennes*, t. I, p. 152.

Rollet, individuos que por precaucion se habian inyectado con una disolucion de nitrato de plata, de sulfato de cobre ó de sulfato de zinc, y algunos con vinagre de toilette, produciéndose así una urctritis con flujo puro mucoso muy pronunciado, etc.»

Por una causa análoga contraen muchas veces los hombres flujos ligeros cuando tienen contacto con mujeres cuyos órganos genitales están impregnados de líquidos mas ó menos acres; ejemplo: la sangre menstrual, que Diday ha estudiado perfectamente (1); los loquios, el pus icoroso del cáncer, y las leucorreas. No todos los autores están acordes en que en este último caso se desenvuelva solo un flujo benigno, y Ricord en particular cree que la irritacion producida por un flujo catarral puede tambien dar lugar lo mismo á una blenorragia aparente que á una verdadera, reconociendo que aquella es la causa mas frecuente de esta. Sin embargo, cuando se estudia bajo el punto de vista experimental el pus de la verdadera blenorragia, se ve que desarrolla la blenorragia por inoculacion, del mismo modo que el pus del chancro simple inoculado le reproduce: si el pus del chancro simple es un contagio, el de la blenorragia lo es tambien; tienen ambos los mismos caractéres físicos y químicos.

«Si la leucorrea tuviese la accion que se la atribuye, dice J. Rollet, no seria entre las gentes que frecuentan el trato de mujeres de mala vida, porque estas tienen la costumbre fatal de combatir á todo trance todo flujo, y muy expecialmente el de la blenorragia; la ejercen entre los hombres casados, y particularmente en las jóvenes solteras, porque solo en estas circunstancias pueden esas causas producir semejantes efectos (2)».

Alfonso Guérin abunda en las ideas que el cirujano de Lion. «Por millares se cuentan, dice, las jóvenes que tienen la leucorrea en el momento que se casan, y ¿cuántas la comunican á su marido? Si las flores blancas fueran contagiosas, los hombres se verian obligados á renunciar á casarse en las grandes poblaciones, en las que las condiciones higiénicas desarrollan la leucorrea en la mayor parte de las jóvenes (3).

La *masturbacion* exagerada es una causa innegable del flujo blenorrágico, ya en la uretra el hombre, ya en la vulva de la mujer ó de las jóvenes. La introduccion de cuerpos extraños en la vagina ha producido la vaginitis. Trnkha cita, segun Weikard, el ejemplo de una jóven que, habiéndose introducido una esponja en la vagina, se desarrolló una vaginitis aguda que cesó con la extraccion del cuerpo extraño. La práctica ordinaria ofrece resultados análogos.

El *abuso del cóito*, sobre todo en los jóvenes recien casados, trasforma algunas veces este acto natural en una verdadera masturbacion vaginal. Recordamos, al efecto, el caso de un oficial que cohabitó con

(1) Diday, *Archives générales de médecine*, 1861.
(2) J. Rollet, *loc. cit.*, p. 285.
(3) Alph. Guérin, *loc. cit.*, p. 289.

su mujer diez y seis veces la primera noche de su boda y catorce la segunda, viéndose obligado á renunciar el marido á proseguir por los violentos dolores que ocasionaba la union. La mujer tuvo una vaginitis inflamatoria que ofreció de notable el ceder con una rapidez extraordinaria al simple reposo de los órganos genitales; el marido no tuvo novedad.

El hecho que señalamos se reproduce algunas veces con un resultado mas ó menos análogo en las mismas circunstancias. En este mismo órden de ideas podemos colocar, como una causa frecuente de flujos blenorrágicos, la *desproporcion de los órganos genitales*, como se observa en las mujeres que se casan muy jóvenes. Este flujo se observa á veces en las jóvenes estupradas, pero con mas frecuencia en estos casos, se desenvuelve en el hombre una blenorragia, que al creer curarla con el uso, la comunica independientemente de la accion traumática á la que ha dado ocasion.

El cateterismo provoca muy á menudo un flujo en los enfermos que se ven obligados á sondarse, que es un resultado accidental, pero previsto del tratamiento.

La introduccion en la uretra del hombre y de la mujer, en el ano en los dos sexos, de objetos destinados á satisfacer gustos depravados, puede tambien convertirse en causa de simples inflamaciones de las mucosas.

Los *oxiuros en el recto*, han conducido á una inflamacion análoga.

A título de irritante es del modo que la secrecion sebácea por su permanencia debajo del prepucio, ocasiona la *balano-prostitis simple*, no contagiosa, enfermedad cuyo asiento está mas particularmente en la ranura glando-prepucial. Y á esta circunstancia de no ser contagiosa, es por lo que merece ser contada en el número de las afecciones blenorrágicas la inflamacion simple de la mucosa glando-prepucial.

2.° *Causas que dependen de un estado general, pero particular del individuo, consistentes ya en ciertas condiciones atmosféricas, ya en la ingestion de ciertas sustancias medicamentosas ó alimenticias, ya en la existencia de una diátesis ó de un movimiento fluxionario de compensacion.*—Aprópósito de este estado general, ¿es necesario indicar la observacion de Amadeo Latour, en que erecciones prolongadas hayan desarrollado un flujo de cuarenta dias de duracion?

Las *condiciones atmosféricas* juegan un papel importante, sobre todo en la mujer. Así se explica que un flujo blenorróideo pueda ser debido lo mismo á la temperatura fria y húmeda, que á la cálida y seca. Solo señalamos esta última causa bajo el punto de vista histórico. Un antiguo médico del Hotel-Dièu de Lyon, Ozanam (1), indica tres casos en ios que la leucorrea ha existido de una manera epi-

(1) Ozanam, *Histoire médicale générale et particulière des maladies épidémiques, etc.*, t. IV, p. 161.

démica. En la primera epidemia que se halla consignada en las *Actas de Breslau*, ocurrió que en los tres meses últimos del año 1702 dominaron los catarros de toda expecie y particularmente la leucorrea que se atribuyó á la humedad de la temperatura.

La segunda epidemia tuvo lugar en Turin 1721, en que el invierno, la primavera y el estío fueron muy húmedos, presentándose muchas afecciones catarrales y principalmente la leucorrea que atacó con expecialidad á las mujeres histéricas.

La tercera, en fin, tuvo lugar en Paris en el mes de Setiembre de 1765. «Este mes fué extremadamente seco, dice Ozanam, respirando un calor excesivo en Paris; las mujeres que padecian leucorrea notaron su incremento, y las que jamás la habian tenido se vieron atacadas con desfallecimiento de estómago, laxitud en todo el cuerpo é incomodidades de cabeza insoportables, aumentando todos estos síntomas con el flujo.»

En otro pasaje dice Ozanam:

«El doctor Noël (de Nancy) vió en una provincia en 1769, sesenta personas de ambos sexos, casadas, que fueron casí al mismo tiempo atacadas de la gonorrea sin que esta fuese propagada por un comercio vergonzoso. Se considera esta enfermedad como una epidemia catarral.»

Si estas observaciones son exactas, se ve que los límites extremos de la temperatura, humedad ó sequedad, pueden ocasionar flujos expontáneos. A estos ejemplos unimos el siguiente:

El clima de Holanda parece, por el mismo motivo, ser una causa de leucorrea en las mujeres de ese pais (Véase tomo V, art. LEUCORREA.)

La *ingestion de ciertas sustancias medicamentosas, afrodisiacas ó emenagogas, y el abuso de bebidas fermentadas* han dado lugar á veces á flujos benignos.

La *cerveza nueva* ó el *vino nuevo* han sido considerados como causas de flujos benignos, sobre todo en personas de un temperamento linfático, cuando los tomaban en una cantidad inmoderada.

La *supresion de un exutorio* ha dado orígen, como despues se confirmará con un ejemplo, á la leucorrea.

La *denticion* tambien puede ser ocasion de un flujo mucoso en los órganos genitales de los niños; en los mayores se ha observado el mismo hecho con motivo de la salida de las muelas del juicio.

La *odontalgia* tambien ha provocado este flujo.

Finalmente, las *diátesis* han sido consideradas como causa de flujos benignos. En esta circunstancia, estos se han presentado antes ó despues de la manifestacion de la diátesis; en otros casos el flujo alterna con los síntomas de la enfermedad principal. Así es como en 1851 (1), se han observado 26 casos de flujo blenorróideo de la ure-

(1) *Gazette médicale de Strasbourg*, 1851.

tra, debidos al escorbuto. Barthez nos refiere la historia de un gotoso en el que el flujo alternaba con las fluxiones articulares.

En algunas personas aparece un flujo antes ó despues de una erupcion de forúnculos.

§ II.—Síntomas.

Los síntomas de los flujos blenorróideos difieren segun la causa que los produjo. Si es una inflamacion, se puede confundir el flujo con la verdadera blenorragia; si no se tienen en cuenta mas que ciertos caractéres exteriores. Pero la marcha de la afeccion ilustrará al práctico; los síntomas de un flujo que reconoce por orígen una violencia exterior, disminuyen rápidamente por la extraccion de la causa irritante, mientras que en la verdadera blenorragia la marcha aguda sigue hasta que la enfermedad ha llegado á su máximum de intensidad. Los casos á que aludimos son los debidos á las violencias exteriores que hemos antes referido.

En cuanto á los flujos producidos por líquidos mas ó menos acres de las partes genitales de la mujer, son mas ó menos indolentes, blancos, poco abundantes. Uno solo ha sido estudiado hasta hoy de una manera expecial, como causa de la afeccion blenorróidea, la sangre menstrual. Diday (1) ha denominado *uretrorrea* al flujo que puede ser su consecuencia, estudiándole en un trabajo publicado en estos últimos años. Hé aquí la descripcion que hace el autor:

«*Descripcion.*—Se presentó un enfermo en nuestro despacho con un flujo uretral escaso (apenas ofrecia una gota en ocho ó diez horas), ténue, claro, ni amarillo ni blanco, sino opalino, formando hilo entre los dedos, pero poco filamentoso (á cerca de 3 milímetros).

»La única sensacion penosa que experimenta, es un calor moderado con algunos cosquilleos; sensacion contínua aumentada cuando orina, *pero no en la ereccion*; sensacion que el mismo enfermo sin ser interrogado hace constar que apenas le incomoda. En fin, no hay signo alguno objetivo de inflamacion, ni rubicundez del meato urinario, ni tension de la uretra, ni adenitis.

»Hasta ahora el lector solo ve uno de los numerosos grados de agudeza que puede presentar toda gonorrea; pero hé aquí lo que me induce hacer de todo este conjunto de síntomas una expecie distinta nosográficamente.

»La especie de que hablo presenta en los enfermos una benignidad constante desde el principio hasta el fin de la enfermedad. Este es su sello, su carácter patognomónico. La indolencia y el aspecto particular de este flujo no constituyen sin duda un estado nuevo, ántes por el contrario, todo observador puede hallarles en toda blenor-

(1) Diday, *Archives générales de médecine*, 1861.

ragia, ya en su principio, ya en el fin, es decir, antes y despues del desarrollo del período inflamatorio. Pero lo que no pertenece mas que á la especie actualmente descrita, á la uretrorrea, es la falta, no solo completa, sino persistente del processus flegmásico, es la cronicidad establecida desde el principio hasta la terminacion.

»La palabra cronicidad se adapta aquí perfectamente y pinta otro carácter de la enfermedad, y no por cierto el menos insidioso. Benignísima, como acabamos de ver que es, y dando la idea de una simple incomodidad pasajera, es, sin embargo, muy larga. Su duracion, cuando se la abandona á sí misma, es de uno ó varios meses. No aumenta, pero tampoco disminuye; ofrece, pues, el estado crónico con sus atributos de indolencia y rebeldía; es como la gota militar, que empieza inmediatamente.»

Hay, en fin, una forma de flujo blenorróideo de la mucosa balano-prepucial, muy benigna, muy comun, y de la que debemos decir algo. Sabido es que la acumulacion de smegma es una causa predisponente de la verdadera blenorragia balano-prepucial, en el sentido de que desprende el dermis del glande y de la mucosa. Ahora bien; la acumulacion misma de esta porcion de epitelium, que reconoce por causa el estar cubierto el glande, es la causa del flujo blenorrágico mas comun, el que se establece particularmente en la ranura, y que apenas se extiende mas, en oposicion á la blenorragia balano-prepucial, que lo hace generalmente á toda la superficie del glande ó de la cara interna del prepucio.

Es la balanitis ó la postitis vulgar muy comun, mientras que la verdadera blenorragia balano-prepucial es relativamente rara. Es la balanitis comun caracterizada á veces por algunas placas separadas por intervalos sanos, menos numerosos á medida que se aproxima á la ranura.

En estos casos blenorróideos se han visto ulceraciones de la mucosa balano-prepucial cubiertas de membranas mas ó menos adheridas. La inflamacion, pues, de que hablamos existe en la mujer en la region en la que se forma la mucosa, es decir, debajo de la envoltura del clítoris y entre la parte superior de los pequeños labios. El epitelium de la region se acumula aquí del mismo modo que por debajo del prepucio para determinar la inflamacion de que nos ocupamos.

En cuanto á los otros flujos de la mucosa balano-prepucial, es decir, los que dependen de una disposicion diatésica, su historia entra en la descripcion de los flujos blenorróideos del hombre y de la mujer, de los que nos ocuparemos en general.

Los flujos debidos á un estado general privativo del organismo ó á una diátesis, son por lo comun mas abundantes, conservando su benignidad bajo el punto del dolor y del contagio.

Vemos desde luego, por varios casos, cómo se presentan los flujos sintomáticos de una diátesis. Empecemos por los que son sintomáticos de la diátesis dartrosa.

Alibert (1), el eminente dermatólogo, cita el caso de una jóven atacada de un dartro furfuráceo, que alternaba con una leucorrea abundante no contagiosa.

Baumes (2) ha referido el siguiente hecho:

«Un individuo de vida desarreglada y entretenido con dos queridas, aparte de otras varias de ocasion, padecia desde niño y por una disposicion hereditaria, una erupcion eritemato-vexiculosa en la parte interna y superior del muslo izquierdo. Es bastante frecuente en esta clase de herpes que palidezcan, y aun que desaparezcan casi completamente, sobreviniendo entonces picor, calor en la uretra y secrecion moco-purulenta blanquecina, que dura hasta que reaparece el herpe.

»Nunca contagió á sus queridas con este flujo; pero habiendo contraido, siete ú ocho dias despues de haber cohabitado con una jóven de Guillottiere (3), un nuevo flujo, que al principio le ocasionaba poco dolor, se confundió con el que habitualmente padecia; pero sin dejar sus relaciones con sus queridas, á las que comunicó una blenorragia, así como tambien á una mujer casada, que á su vez se la trasmitió á su marido, etc.»

Hemos presentado este caso, porque demuestra bien claramente la distincion que existe entre los flujos que llamamos blenorróideos y las verdaderas blenorragias: benignidad y no contagio para los primeros; agudeza dolor y contagio en los segundos. El flujo puede á veces ser verdoso, y aun tener una apariencia de flujo inflamatorio contagioso; pero en este caso el flujo verdoso no está acompañado de síntomas de flogosis, es pasivo, como lo prueba el siguiente ejemplo que tomamos de la obra de J. Rollet (4):

«Yo mismo he visto, dice el autor, no hace mucho tiempo á una señora jóven que ha sido visitada por muchos especialistas, y aun por médicos forenses. Padecia una vaginitis purulenta de las mas caracterizadas; tenia tambien en la vulva y parte interna de lós muslos vegetaciones confluentes, bastante gruesas algunas. Esta señora, de un temperamento linfático marcado, habia padecido en su infancia diversas afecciones de la piel y de la mucosa, y llevó por mucho tiempo un cauterio, que cerró para casarse. El marido quiso separarse. Sin embargo, cohabitó con ella varios meses, y al principio sus relaciones eran muy frecuentes, y nunca se resintió de nada. Despues he observado varios casos semejantes, en los que los maridos han podido cohabitar impúnemente con sus mujeres afectadas de flujos francamente purulentos.»

(1) Alibert, *Dictionnaire des sciences médicales*, en 60 volúmenes.
(2) Baumès, *Traité des maladies vénériennes*, 1840.
(3) Uno de los barrios de Lion en esta época en los que habia casas públicas las menos vigiladas.
(4) Rollet, *Traité des maladies vénériennes*. 1865, p. 241.

En esta observacion el flujo iba unido á un estado linfático exagerado, ó á la diátesis escrofulosa.

En los ejemplos siguientes, el flujo alterna con la diátesis gotosa ó coincide con sus manifestaciones.

Jourdan (1) cita, tomado de J. Storck, el hecho de «una mujer de treinta años, de un carácter melancólico; que despues del parto de una niña se la presentó una leucorrea, que habiéndose suspendido, fué reemplazada por grandes dolores en el dedo gordo del pié. Despues de varios remedios, se curó el dedo y reapareció la leucorrea, alternando despues por muchos años con una cefalalgia y una odontalgia.» Pinel y Bricheteau refieren casos análogos (2).

Jourdan indica el verdadero carácter de estos flujos benignos: «Estos flujos son acuosos y abundantes, dice, particularmente en las mujeres; es como un torrente de suero que se derrama por la vulva.» Stholl (3) ha recogido observaciones análogas. De Plaigne (4), citado por Barthez (5), ha observado una sucesion alternativa de un dolor de gota en el dedo gordo del pié y de un flujo uretral perfectamente semejante á un flujo venéreo. En la segunda observacion de este flujo, de Plaigne mandó aplicar un vejigatorio en la articulacion gotosa, y á los pocos dias se reprodujo la gota y puso término al flujo uretral.»

En el artículo LXXX, titulado: *Flores blancas y gonorrea producidas por la gota*, Barthez se expresa así: «Hombres habitualmente gotosos, sobre todo en edad avanzada, están sujetos á veces á gonorreas cuya naturaleza es puramente artrítica.» Whyt ha visto que una gonorrea semejante se renovaba frecuentemente en la misma persona.

Kæmpf (6) refiere una historia que se la comunicó Thilenius, de un hombre que cada dos años padecia un ataque completo de gota, y que empezaba siempre por un flujo uretral, semejante á una gonorrea, cuya naturaleza, al secarse, tomaba la forma de una sustancia gredosa muy atenuada.

Barthez agrega: «Mujeres predispuestas á la gota y de edad avanzada, suelen padecer tambien leucorreas de naturaleza gotosa,» y un poco despues expresa el carácter general de estos flujos: «En las mujeres, dice, este flujo es seroso y semejante al suero alterado.»

(1) Jourdan, *Dictionnaire de sciences médicales*, en 60 volúmenes, t. XIX, artículo Goutte, p. 120.

(2) Pinel y Bricheteau, *Dictionnaire*, en 60 volúmenes, t. XXVIII, p. 23.

(3) Stoll, *Traité de médecine pratique*.

(4) De Plaigne, *Journal de médecine*, Marzo de 1788, t. LXXIV, p. 425.

(5) Barthez, *Traité des maladies gouteusses*, p. 184, edicion de la *Encyclopédie des sciences médicales*. Paris, 1855.

(6) Kæmpf, *Abhandlung von einer neuen Methode, die hartnäckigsten Krankheiten die, ihren Sitz im Unterleibe haben, sicher und gründlich zu heilen*, 2.ª edicion, p. 540.

Murray (1) se ha ocupado igualmente de esta cuestion, aduciendo al efecto algunos ejemplos.

Segun, pues, las observaciones precedentes, se ve que uno de los síntomas esenciales de los flujos blenorróideos debidos á causas mas ó menos irritantes, es cesar expontáneamente por la extraccion de la causa productora. «Hay á primera vista, dice Rollet, una grande semejanza entre estos flujos y los de la blenorragia; sin embargo, hay entre ambos notables diferencias aun en su modo habitual de terminar, pues los flujos, una vez que se sustraen á la accion de la causa que les produjo, desaparecen mas pronto y con mayor facilidad que los flujos verdaderamente blenorrágicos (2).»

Vemos hasta ahora que los flujos determinados por una causa general se señalan por su insensibilidad, y se distinguen de los primeros por este carácter en mayor grado, así como por la abundancia habitual del flujo.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* es el resultado de las consideraciones precedentes; dos casos se ofrecen á nuestro estudio; primero distinguir los flujos blenorróideos de la verdadera blenorragia; y el segundo de diferenciar los flujos blenorróideos entre sí. En el primer caso es preciso distinguir el flujo blenorróideo debido á una causa irritante, de la verdadera blenorragia.

Es evidente que no pueden confundirse en el período agudo de la verdadera blenorragia. «Cuando hay inflamacion viva del conducto, dice Rollet (3), y tumores granulosos á lo largo de la uretra, las paredes uretrales han perdido su flexibilidad, las erecciones son dolorosas, y hay encorbamiento del miembro genital, la semejanza que puede existir entre el flujo blenorrágico verdadero y el flujo blenorróideo no determina vacilacion, ni el diagnóstico puede ser dudoso.»

Podemos añadir que las complicaciones ordinarias de la blenorragia no se observan de un modo tan general en los flujos blenorróideos.

Pero cuando la verdadera blenorragia se presenta en el estado sub-agudo, es decir, con la apariencia y los síntomas del flujo blenorróideo dependiente de una causa traumática, entonces las dificultades de diferenciarlos son mayores y es preciso reconocerlo bien porque la incuvacion de la blenorragia, que la hemos presentado como carácter distintivo, no tiene realmente el valor que se la atribuye como ya lo hemos demostrado anteriormente; por otra parte «el curso, duracion y caractéres objetivos del flujo varían de tal modo

(1) J. And. Murray, *De materia arthritica ad verenda aberrante*, sect. I y II. Göttingue, 1785, en 4.°
(2) J. Rollet, *loc. cit.*, p. 238.
(3) J. Rollet, *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1865, p. 268.

en las dos enfermedades, segun cada caso particular, que seria temerario el decidir de una manera absoluta.» (Rollet). Preciso es confesar, que hay aquí un *desideratum* que quizá pueda lograrse ulteriormente por los progresos de la ciencia, pero que no podemos menos de hacerle constar.

En cuanto á distinguir la afeccion blenorróidea de la mucosa balano-prepucial de la verdadera blenorragia balano-prepucial, es preciso tener presente, que en la segunda todo el glande está afectado, los síntomas inflamatorios son mas agudos, mientras que en la primera está localizada en la ranura, y la poca agudeza de los síntomas inflamatorios contribuirán á establecer el diagnóstico.

La blenorragia crónica se distinguirá del flujo blenorróideo especialmente por los *conmemorativos*. Un individuo atacado de blenorragia crónica sabe ya que antes ha tenido un flujo con caractéres inflamatorios, con dolor, secrecion verdosa, amarillenta, moco-purulenta ó purulenta, en vez del flujo actual claro, opalino, filamentoso.

Los *estados sub-agudos* se distinguirán de los flujos blenorróideos por causas diatésicas, por la existencia concomitante de las manifestaciones de la diátesis, ó por el interrogatorio, si estas han desaparecido.

Los flujos blenorróideos se distinguen unos de otros.

Los que son debidos á una causa mas ó menos inflamatoria tienen caractéres de inflamacion ó de subinflamacion; los que, por el contrario, son sintomáticos de un estado general pasan apenas sin ser notados.

Los primeros están caracterizados por un flujo que llega pronto á la purulencia; los segundos permanecen generalmente blancos, serosos, si bien son mas abundantes que aquellos, pero no dolorosos.

En fin, el interrogatorio ó los síntomas contemporáneos de la diátesis fijarán la atencion del práctico.

La afeccion blenorróidea inflamatoria se distinguirá del flujo blenorróideo diatésico, en que en este último es mas abundante el flujo, incoloro, sin carácter de inflamacion; y además los signos de la diátesis concomitante servirán para establecer el diagnóstico.

§ IV.—Tratamiento.

El *tratamiento* es muy sencillo.

Dos casos pueden presentarse, segun la causa que ha dado lugar al flujo blenórroideo.

Si es una causa irritante, una violencia exterior, como una inyeccion, como la introduccion del cuerpo extraño en tal ó cual parte genital, la enfermedad se aliviará inmediatamente por la desaparicion de la causa, la limpieza y la simple separacion de la causa, son suficientes para obtener la curacion sin necesidad de otro tratamiento. Pero será conveniente, para acelerarla, guardar reposo, tomar *ba-*

ños generales, *tisanas* diluyentes, un régimen menos azoado que el de costumbre para no dar á la orina cualidades irritantes en el momento en que la mucosa de la uretra se halla privada momentáneamente de su *epitelium* por la supuracion. Los *balsámicos* no tienen en las formas blenorróideas, la eficacia que se les ve en la verdadera blenorragia, por lo que se debe abstenerse de ellos para no fatigar inútilmente el estómago de los enfermos.

La afeccion blenorróidea inflamatoria de la mucosa balano-prepucial será tratada por la limpieza, y segun la necesidad, por una ligera *cauterizacion* de nitrato de plata.

Cuando la causa que ha dado orígen al flujo es, por decirlo así, traumático, como una irritacion, cuando el flujo ha sido provocado por la accion mas ó menos acre de las reglas, deben tenerse presentes los consejos terapéuticos que da Diday (1): «Combato primero, dice el autor, por los diluyentes y los antiflogísticos ligeros, la pequeña irritacion que pueda existir, insisto por lo mismo sobre los agentes de este órden, no con grande actividad, sino con mas constancia, de la, á primera vista, necesaria. Así es, que si no hay grande irritacion que combatir, creo que esta medicacion es la única que la experiencia enseña como eficaz. Sostengo, pues, á pesar de la impaciencia, y la falta aparente de indicacion, mantengo, repito, á mis enfermos con este régimen, por quince, veinte y aun treinta dias, y solo despues de estos términos uso de inyecciones astringentes variadas; pues empleadas antes, casi con certeza, fracasarian. Sin embargo, como el uso de estas inyecciones carece de peligro, se puede, si el enfermo lo desea, recurrir á ellas desde el principio del mal, autorizar su uso; pero importa advertir, que con gran probabilidad puede fracasar una medicacion tan brusca, teniendo que volver á la preparacion por los diluyentes, de la que queria sustraerse despues de haberle hecho sufrir.

»La administracion de algunos *purgantes salinos*, aun cuando no parezcan indicados por un estado saburral manifiesto, me parece pueden contribuir á la curacion á título de derivativos.»

Segun lo que hemos podido apreciar en la práctica, este largo período de *preparacion por los diluyentes*, no le creemos suficientemente justificado. Diday cita, entre sus interesantes observaciones, dos casos de curacion rápida, entre otras, la trece de su Memoria (2). «Puedo aun ir mas allá, dice, en el objeto de mi décimatercera observacion. Tomó en el espacio de diez dias tres purgantes de citrato de magnesia, cinco baños, y bebidas diluyentes, y se curó.»

Insistiendo desde el principio sobre los purgantes, puede esperarse una solucion mas pronta; despues los baños y algunas inyecciones astringentes, nos parecen mas indicados, que esos veinte ó trein-

(1) Diday, *Archives générales de médecine*, 1861.
(2) Diday, *Archives générales de médecine*, 1868.

ta dias de tisanas diluyentes. El último ejemplo que hemos citado, tomado de Diday, es el mas apropósito para inclinar á los prácticos á este último y ceder.

Diday se ha preguntado si los flujos mas ó menos acres de las vias genitales, como el quemante de un cáncer uterino, loquios, etc., no producirian un flujo análogo al descrito como expecial de las reglas.

Solo por analogía tenemos conocimiento de observaciones precisas de estos últimos hechos; y como es de suponer, es racional aplicar un tratamiento análogo.

El tratamiento *de los flujos sintomáticos de un estado general ó de una diátesis*, es el de la diátesis misma.

Nos remitimos en este punto á los artículos *Gota* (tomo I), *Herpes* (tomo V), *Escrófulas* (tomo I), etc., cuyo flujo no es mas que un síntoma. Los *baños de rio*, los de *mar* y la *Hidroterapia*, son excelentes medicaciones auxiliares.

Aun mas: los *baños de vapor trementinados* nos ha parecido que tienen una accion manifiesta sobre los flujos de la mucosa de la uretra, de que acabamos de ocuparnos. Pero como las pequeñas poblaciones y las aldeas no poseen establecimientos especiales, recomendamos con insistencia el aparato portátil, con el que el doctor Chevandier (de Die), acaba de enriquecer la terapéutica (1).

Resúmen.—1.° **Flujos blenorróideos de causa externa.**—Limpieza; separacion de la causa; antiflogísticos ligeros.

2.° **Flujos de causa diatésica.**—Tratamiento de la diátesis misma; y agregar, si hay lugar, la hidroterapia, baños de rio, de mar y vapor trementinado.

(1) Chevandier (de la Drôme), *Gazette médicale de Lyon*, 1855, número del 16 de Julio, p. 324.

FIN DEL TOMO CUARTO.

ÍNDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN EL TOMO CUARTO.

LIBRO OCTAVO.

LIBRO NOVENO.

FIN DEL TOMO CUARTO.

